Rok XXXVIII. Kraków, 1 Kwietnia 1899. Nr. 13.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie: w Austryi 8 złr. 80 ct. w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. w Niemczech 14 mk. we Francyi 24 fr.
Półrocznie: „ 4 „ 40 „ „ „ „ „ 3 „ „ 7 „ „ 12 „
Kwartalnie: „ 2 „ 20 „ „ „ „ „ 1½ „ „ 3½ „ „ 6 „

Treść:

I. Dr. Latkowski: O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka . . . . . str. 165—167
II. Dr. Kluk-Kluczycki: Niezwykłe umiejscowienie opryszczek (herpes) w przebiegu dławcowego zapalenia płuc str. 167—169
III. **Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.** Dr. Kowenicki: Przypadek cięcia cesarskiego przy miednicy karłowatej str. 169—170
IV. **Wyciągi.** Dr. Reimar: O zapaleniu siatkówki krwotokowem w następstwie rozrostowego zapalenia śródtętniczego *(endarteriitis proliferans)* z drobnowidowem badaniem jednego przypadku. — Kraus i Seng: Przyczynek do znajomości mechanizmu zlepiania się (aglutynacyi). — Herrmann: Przyczynek do pytania: czy kamicę żółciową należy leczyć wewnętrznie, czy też chirurgicznie? — Kocher: O niedrożności przewodu pokarmowego. — Chlumsky: Przyczynek do oceny rozmaitych sposobów łączenia jelit. — Riedel: Otrucie arszenikiem z zejściem śmiertelnem w następstwie leczenia wcieraniami przez partacza. Leichtenstern: Niedokrewność tęgoryjcowa (ankylostoma). — Raehlmann: Schorzenie rzęs i brzegów powiekowych wskutek roztoczy pasorzytujących w torebkach rzęsowych. — Kuhnt: Ostre zatrucie alkoholem metylowym. — Gudden: Przypadek urazowej cukrzycy. — Pernet i Boulloch: Etyologia ostrej pęcherzycy . . . . str. 170—173
V. **Zapiski lecznicze i nowe leki.** E. Merck (Darmstadt) (ciąg dalszy) . . . . str. 173—174
VI. **Sprawy Towarzystw lekarskich.** Towarzystwo ginekologiczne lwowskie . . . . str. 174
VII. **Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.** Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka . . . . . . str. 174—175
VIII. **Wiadomości bieżące** . . . . str. 175—176
IX. **Ogłoszenia.**

KONKURS.

Gmina król. miasta Oleska ogłasza niniejszem konkurs celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego. Do posady tej przywiązana jest płaca 300 złr. w. a.

1. Do podania dołączyć należy: *a)* dyplom doktora wszech nauk lekarskich, *b)* świadectwo dotychczasowej praktyki.
2. Pierwszeństwo mają kandydaci żonaci.
3. Podania udokumentowane należy wnieść do Zwierzchności gminy miasta Olesko najpóźniej do 14 kwietnia 1899.

KONKURS

na posadę elewa przy klinice pedyatrycznej od **1 maja 1899.** Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do **15 kwietnia 1899.**

* * *

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Jabłonowie w powiecie kołomyjskim*. Roczna płaca wynosi 600 złr. oraz ryczałt na koszta podróży służbowych w kwocie 400 złr. rocznie. Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania mają być wnoszone do Wydziału powiatowego w Kołomyi do maja b. r.

Rok XXXVIII. Kraków, 1 Kwietnia 1899. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka.

Podał

Dr. Józef Latkowski.

Wskazania do używania rozmaitych wód mineralnych powinny być tak ściśle, jak wskazania do podawania poszczególnych leków. Współczesna farmakologia posługuje się pod tym względem badaniem chemicznego składu i chemicznego powinowactwa, wynikami doświadczeń na zwierzętach i na ludziach zdrowych, a wreszcie ścisłą obserwacyą kliniczną, w zakres której wchodzi nietylko skuteczność leku przeciw rozmaitym objawom chorobowym, ale nadto śledzenie dokładne wszystkich zmian, jakie sprawia lek w całym ustroju i w czynnościach poszczególnych narządów.

Na tej wysokości nie stoi dotąd współczesna balneoterapia, lecz dopiero do niej podąża. Przyczyny tego są liczne. Już sam skład chemiczny wód mineralnych nasuwa pewne wątpliwości, czy obliczanie składników według powinowactwa chemicznego, zasad i kwasów odpowiada ściśle rzeczywistości. Dalej, przy leczeniu zdrojowem, osobliwie na miejscu przeprowadzonem, a z tego źródła pochodzi przeważna część publikacyj, działa cały szereg ubocznych czynników, których od właściwego działania wody mineralnej odosobnić prawie niepodobna, jak wpływ klimatu, położenia, zmienionych warunków higienicznych i dyetetycznych i t. p. Wreszcie wskazania dotychczasowe nie są wolne od pewnego rodzaju suggestyi balneoterapeutów i od dawnej tradycyi wyłącznie tylko empirycznej.

Oprzeć badanie czynników balneoterapeutycznych na tychsamych podstawach i użyć tychsamych sposobów badania, jakich używa współczesna farmakologia, oto jest droga, którą podążyć należy, chcąc ustalić wskazania balneoterapeutyczne.

Drogą tą kroczy dotąd zaledwie kilka zdrojowisk zagranicznych, a w szczególności Karlsbad, dokąd tę nową metodę badania wprowadził przed laty Prof. Jaworski i która tak w Karlsbadzie, jakoteż w kilku innych zdrojowiskach zagranicznych znalazła już kilku dalszych pracowników.

Z zdrojowisk polskich, które idą tymsamym kierunkiem, inaugurowanym przez szkołę krakowską, wymienić przedewszystkiem należy Krynicę, a w szczególności dwie prace podjęte w klinice lekarskiej krakowskiej, mianowicie Dra M. Piątkowskiego „O działaniu soli wapiennych wogóle, a w szczególności wody krynickiej w niektórych przewlekłych chorobach żołądka“ (*Przegl. Lek.* 1897, Nr. 27 i *Pam. Tow. lek. warsz.* T. 92) i pracę Dra Z. Wąsowicza „O wpływie wody krynickiej na przebieg niedokrewności i blednicy“, która wkrótce ogłoszoną zostanie.

Mając zamiar rozpocząć praktykę w Maryenbadzie, chciałem poznać dokładniej choć część wpływu wód jego na ustrój ludzki i przedsięwziąłem badania nad wpływem wody maryenbadzkiej na żołądek. Doświadczenia przeprowadziłem w klinice Radcy Dworu Prof. Korczyńskiego, pod Jego naukowym kierunkiem; za łaskawe odstąpienie materyału, jak również za wskazówki, których mi nigdy nie skąpił, wyrażam Mu na tem miejscu najgłębszą wdzięczność.

Na wstępie wypada ogólnie zastanowić się nad wpływem wód mineralnych, podawanych wewnętrznie. Działanie ich zależy od ilości, ciepłoty, zawartości bezwodnika węglowego, wreszcie od ilości i zdolności wchłaniania soli w niej się znajdujących. Co do działania wód na przewód pokarmowy, to powszechnie znaną jest rzeczą, iż szklanka zwykłej wody studziennej o niskiej ciepłocie, na czczo wypita, może sprowadzić stolec. Spostrzeżenie to ma swą podstawę nietylko w codziennej obserwacyi, lecz i w doświadczeniach rozmaitych autorów. Rossbach, Mering, Moritz przekonali się na zwierzętach, iż woda, ciepła czy zimna, wprowadzona do żołądka zwierzęcia, wywołuje już w miernych ilościach ruchy robaczkowe żołądka. Nadto stwierdzili, że woda nie bywa wcale wessana w żołądku. Jaworski podaje, że 500 ctm. wody przekroplonej znika z żołądka w przeciągu pół godziny, przyczem pobudza żołądek do wydzielania soku żołądkowego kwaśnego i że zimna woda jest pod tym względem bodźcem dwa razy silniejszym od ciepłej. Rossbach zauważył przyspieszenie ruchów robaczkowych jelit u osoby z rozstępem mięśni brzusznych i wiotkiemi powłokami — po wypiciu wody zimnej. Tensam autor przypisuje wodzie ciepłej wpływ tonizujący na mięśnie gładkie żołądka.

Trzecim z kolei czynnikiem, działającym w wodzie mineralnej, jest bezwodnik kwasu węglowego. Na żołądek działa on podrażniająco, przyspieszając jego ruchy i wywołując wydzielanie się soku żołądkowego. Kussmaul, wydymając żołądek powietrzem, zauważył słabsze ruchy żołądka, niż po wydęciu bezwodnikiem węglowym. Jaworski w swych doświadczeniach nad gazami, wprowadzonymi do żołądka, przekonał się, iż CO_2 zwiększa wydzielanie soku żołądkowego, a obok tego przyspiesza wchłanianie soli w żołądku. Działa on o wiele silniej w postaci gazu, aniżeli w napojach musujących, z tej przyczyny Jaworski obmyślił nawet odpowiedni przyrząd do stosowania CO_2 bezpośrednio na błonę śluzową żołądka. Zupełnie odosobnionem jest zapatrywanie Moritza, jakoby bezwodnik węglowy opaźniał znikanie wody z żołądka. Nakoniec wspomnieć należy, iż prawie cała

ilość CO_2 ulega wchłonieniu w żołądku, a tylko nieznaczna część wydobywa się przez odbijania, jak to Mering i Moritz stwierdzili. Z soli zawartych w wodzie maryenbadzkiej mogą mieć wpływ na żołądek: chlorek sodowy, siarkan sodowy i węglan sodowy. Ilość innych soli jest tak mała, iż nie może iść w rachubę przy ocenianiu działania tej wody na przewód pokarmowy.

Wpływ soli kuchennej na żołądek uważano dawniej jako bardzo korzystny. Zapatrywanie to zostało obalone przez wielu autorów, a przedewszystkiem przez Jaworskiego, który udowodnił, iż sól kuchenna nie wpływa korzystnie na wydzielanie się soku żołądkowego, ani na czynność ruchową żołądka. Lerèche wykazał na chorym z przetoką żołądkową, iż NaCl obniża kwasotę żołądka w prostym stosunku do podanej ilości. Reichmann potwierdził te wyniki, znalazłszy, iż NaCl. nie zwiększa wydzielania soku żołądkowego tak w dawkach większych (5—10%), jak i w małych (1—2%). Wolff spostrzegał zmniejszenie się ilości wolnego kwasu solnego pod wpływem dłuższego podawania soli kuchennej. W ostatnich czasach Schüle zajmował się tym przedmiotem i przyszedł do wniosku, iż małe dawki (5 grm) NaCl. nie mają wpływu na trawienie, dawki większe (16 grm.) obniżają wydzielanie się kwasu solnego, upośledzają tworzenie się peptonu, wessalność cukru i siłę trawienną pepsyny. Wielkie dawki (24 grm.) początkowo zmniejszają wydzielanie HCl., później nieco wzmagają, jednak i tu przeważa upośledzające działanie chlorku sodowego. Na czynność ruchową żołądka chlorek sodowy niema wpływu.

Co do siarkanu sodowego, to wywiera on przedewszystkiem wpływ na jelita, wywołuje przesączynę z naczyń jelitowych do światła jelit, a równocześnie podnieca ich ruchy. Jaworski stawia go ze względu na szybkość wchłaniania pośrodku między najłatwiej wchłanianymi węglanami, a najwolniej chlorkami.

Działanie trzeciej soli, zawartej w wodzie maryenbadzkiej, t. j. dwuwęglanu sodowego, zależeć będzie od jego wysokiego stopnia alkaliczności. Wpływ korzystny dwuwęglanu sodowego na czynność wydzielniczą żołądka dawno już spostrzegano (Brown—Séquard, Nothnagel, Rossbach, Lenossier, Lemoine i inni). Jaworski, który sprawę działania rozmaitych soli opracował szczegółowo, podaje, iż dawki 1—2 grm. $Na_2(CO_3)_2$ alkalizują chwilowo sok żołądkowy, niedługo jednak odczyn ten wskutek produkcyi kwasu solnego zmienia się na kwaśny, a kwasota często przewyższa pierwotną. Do tychsamych wyników doszli Geigel i Abend; spostrzegali też po 1 grm. dwuwęglanu sodowego początkowe zobojętnienie, poczem zjawia się kwasota trzy razy silniejsza od pierwotnej. Mniejsze dawki (0,5) miały lepiej działać zobojętniająco, lecz także niepewnie. Du Mesnil spostrzegał również pobudzające działanie węglanu sodowego na sok żołądkowy przy małych dawkach; dopiero przy dawkach większych odsetek kwasoty spadał. Sok żołądkowy o bardzo wysokiej kwasocie bywał natomiast zaraz zalkalizowany, co wedle autora przypisać należy wyczerpaniu czynności wydzielniczej błony śluzowej i niemożności dalszej produkcyi kwasu solnego. Inni autorowie, jak Schwaneberger, Spitzer, a przedewszystkiem Reichmann, twierdzą, iż dwuwęglan sodowy nie wywołuje wpływu na wydzielanie soku żołądkowego. Ten ostatni autor, w pracy ogłoszonej w 1894 r. przyszedł do wniosku, iż dwuwęglan sodowy nie wpływa na czynność wydzielniczą żołądka, lecz tylko zobojętnia i alkalizuje już wydzielony sok żołądkowy.

Jakiekolwiek są te wyniki doświadczalne, to jednak doświadczenie kliniczne poucza, iż alkalia we wszystkich chorobach żołądka, przebiegających z nadmierną kwasotą, działają bardzo dobrze. Już samo bowiem alkalizowanie treści żołądkowej ma wielkie znaczenie, tem więcej, gdy z doświadczeń Reichmana wynika, iż można to oddziaływanie utrzymać aż do wydalenia treści z żołądka.

Tak mniej więcej przedstawia się sprawa działania pojedynczych składników, zawartych w wodzie maryenbadzkiej. Działanie samej wody na przewód pokarmowy nie było dotychczas zbadane; to też możemy powołać się tu tylko na wyniki badań nad jej pokrewną wodą karlsbadzką. Zasadniczemi są w tym kierunku badania Jaworskiego. Według tego autora, woda karlsbadzka (Mühlbrunn) podrażnia błonę śluzową i mięśnie żołądka. Podanie 250 ctm.^{3} Mühlbrunnu alkalizuje w pierwszej chwili treść żołądkową. Alkaliczność ta po upływie dwóch kwadransów znika, a natomiast wydziela się sok żołądkowy, zawierający kwas solny, którego kwasota rośnie do *maximum*, występującego w 2 godziny po wypiciu wody. Na tym stopniu utrzymuje się kwasota dłuższy czas i dopiero po kilku godzinach wraca prawidłowy odczyn żołądka. Zaczyn (ferment) pepsynowy zostaje z początku zniszczony, odradza on się, gdy oddziaływanie alkaliczne treści żołądkowej zbliża się do obojętnego, nie idzie jednak w parze ze wzrostem kwasoty, tak, że *maximum* kwasoty poprzedza *maximum* wydzielania się pepsyny. Siła trawienia soku żołądkowego jest zmniejszona, jak długo większe ślady soli znajdują się w żołądku. Po zniknięciu wody karlsbadzkiej z żołądka niema w nim ani śluzu, ani składników żółci.

Pod wpływem dłuższego podawania wody karlsbadzkiej zmniejsza się kwasota żołądka w przypadkach nadmiernego wydzielania i prawidłowego żołądka tak, iż przy bardzo długiem używaniu wody karlsbadzkiej oddziaływanie może się zmienić na alkaliczne, a zdolność trawienia może zniknąć, natomiast mniej jest składników morfotycznych w żołądku i składników żółci, a czynność ruchowa żołądka wydaje się być wzmożona. W innym szeregu przypadków, cechujących się niedomogą wydzielniczą, woda karlsbadzka może podnieść siłę trawienia żołądka i kwasotę. Działanie upośledzające wody karlsbadzkiej na czynność żołądka skłoniło Ewalda i Sandberga do badań w tym kierunku. I tak na podstawie swych doświadczeń twierdzą oni, iż kwas solny nigdy nie znika z żołądka podczas kuracyi karlsbadzkiej, trwającej 30—36 dni, ani po niej. Co do wpływu na kwasotę, to znajdują, iż woda karlsbadzka działa silniej niż zwyczajna o tej samej ciepłocie. Po wypiciu wody karlsbadzkiej można już po pół godziny wykazać HCl w żołądku. Działanie pepsyny nie słabło po 4—5-tygodniowej kuracyi, taksamo i działanie zaczynu podpuszczkowego, nadto w przypadkach, gdzie przed rozpoczęciem kuracyi kwasota była nizką, podczas tejże podnosiło się działanie pepsyny i zaczynu podpuszczkowego. Zaczyn podpuszczkowy znajdowali autorowie ci nawet przy braku HCl wolnego i przy bardzo powolnem działaniu pepsyny. Nigdy nie spostrzegali podczas 4—5 tygodniowej kuracyi niszczącego działania wody karlsbadzkiej na pepsynę i na zaczyn podpuszczkowy. Przy dłużej trwającej kuracyi karlsbadzkiej otrzymywali po wlaniu wody ciepłej (50—55°),

lub obojętnej (37—38°), po $^1/_4$—$^1/_2$ godziny sok żołądkowy, zawierający HCl, pepsynę i zaczyn podpuszkowy. Wracanie się żółci zauważyli autorowie często tak po wodzie karlsbadzkiej, jak i po zwyczajnej. Zachowanie się śluzu było bardzo zmienne. Geigel i Abend nie spostrzegli działania zobojętniającego wody karlsbadzkiej na kwasotę. Nawet woda studzienna lepiej tu działała, ponieważ obniżała przynajmniej odsetkową ilość HCl. Dlatego przypuszczają oni inny czynnik w korzystnem działaniu wody karlsbadzkiej na różne cierpienia żołądka, a nie zobojętnienie soku żołądkowego. Nakoniec Spitzer przeprowadził kontrolujące doświadczenia z powodu prac Jaworskiego i Ewalda z Sandbergiem, a wnioski jego są następujące:

1. W większej części przypadków siła ruchowa zwiększała się, w żadnym nie była upośledzona, szczególniej widocznem to było w przypadkach ruchowej niedomogi. Zgadza się z obserwacyą Penzoldta, gdzie żołądek dotknięty rozstrzenia, pod wpływem pewnej ilości soli karlsbadzkiej wcześniej się opróżniał. Przyspieszenie to można przypisać tak CO_2, jak i ciepłocie i siarkanowi sodowemu. Zwiększenie ruchowej czynności żołądka pochodzić może tak z podrażnienia jego mięśni, jak przedewszystkiem odruchowo, skutkiem zwiększonego ruchu jelit.

2. Zmniejszenia siły trawiennej pepsyny nigdy po leczeniu czterotygodniowem wodą karlsbadzką nie zauważył, nawet w lżejszych przypadkach przewlekłych nieżytów zauważył nieznaczne wzmożenie. Tam zaś, gdzie była zupełna utrata pepsyny, nie pojawiła się ona pod wpływem leczenia karlsbadzkiego.

3. Wydzielanie kwasu solnego wykazywało wahania w granicach fizyologicznych. Wysokie wartości kwasoty spadały szybko do prawidłowych, jednak nie niżej. W dwóch przypadkach *Gastritis atrophica* nie pojawiał się wcale HCl po kuracyi, jak go i nie było przedtem.

4. Działanie pepsyny nie było zależne od kwasoty i podczas spadania kwasoty nie zmniejszało się.

5. Zaczyn podpuszczkowy nie zmniejszał się nigdy, czasem nawet się podnosił.

Te wyniki zgadzają się z rezultatami Ewalda i Sandberga; sam autor twierdzi jednak, że podania Jaworskiego mają podstawę w obserwacyi karlsbadzkiej. Często bowiem u osób wrażliwych i nerwowych występują podczas lub po kuracyi karlsbadzkiej objawy podmiotowe niedomogi wydzielniczej, a badanie żołądka zgłębnikiem wykazuje silne upośledzenie chemizmu. Do tego wpływu upośledzającego czynność żołądka ma się przyczyniać także i ścisła dyeta karlsbadzka.

Z tych ostatnich prac możnaby wnosić, iż działanie wody karlsbadzkiej, obniżające kwasotę żołądka, jest nierozstrzygnięte. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, iż tak Ewald z Sandbergiem, jak i Spitzer robili swe doświadczenia na chorych przychodnich i nie mogli kontrolować ściśle dyety, jaką chorzy zachowywali, nie możemy wyników ich uważać za tak pewne, jak Jaworskiego, który doświadczenia swe przeprowadzał na klinicznych chorych w klinice krakowskiej Korczyńskiego. Nadto autorowie tamci nie podają dokładnie swych doświadczeń i nie przytaczają historyi chorób, gdy tymczasem w pracy Jaworskiego mamy cały szereg tablic, przedstawiających jasno sposób postępowania. Możemy się zresztą powołać i na dalszą pracę E. Korczyńskiego i Jaworskiego, traktującą o klinicznych objawach przy wrzodzie i raku żołądka. Autorowie ci badali 24 przypadków wrzodu żołądka i stosowali przy nim wodę karlsbadzką, w następstwie czego spostrzegali zawsze obniżenie produkcyi HCl, a nawet zupełny jego zanik.

I późniejsze spostrzeżenia, zebrane w klinice krakowskiej E. Korczyńskiego, przeważnie na chorych stałych, a nie ambulatoryjnie leczonych i bardzo często całym szeregiem lat obserwowanych, wykazały, że w schorzeniach anatomicznych żołądka z cechą wzmożonego wydzielania kwasu solnego (nieżyt kwaśny, wrzód żołądka) pierwotne, wydzielanie większej ilości HCl pobudzające, działanie wody karlsbadzkiej, albo wcale się nie pojawia, albo trwa bardzo krótko; natomiast osobliwie przy dłuższem używaniu tejże wody, jako stały objaw uwydatnia się stałe obniżanie się siły wydzielniczej kwasu solnego, które prawdopodobnie zależy od wpływu tej wody na swoiste komórki nabłonkowe, w wydzielaniu kwasu solnego pośredniczące.

Tak więc w działaniu wody karlsbadzkiej w całości, a nie jej poszczególnych składników, istnieją dwa okresy: chwilowego pobudzenia chemizmu i mechanizmu żołądka, a następnie, — przy dłuższem używaniu, — obniżenia sprawności wydzielniczej. Ten to drugi okres — przynajmniej według zapatrywań doświadczalnych szkoły krakowskiej, tyloletniem doświadczeniem balneoterapeutycznem stwierdzonych, — stanowi główny czynnik leczniczy wody karlsbadzkiej. (C. d. n.)

II. Ze szpitala Wilhelminy w Wiedniu
pod kierunkiem Dra J. Toelga.

Niezwykłe umiejscowienie opryszczek (herpes) w przebiegu dławcowego zapalenia płuc.

Podał
Dr. Franciszek Kluk-Kluczycki.

Powszechnie znanem jest występowanie opryszczek (herpes) w przebiegu niektórych chorób gorączkowych ostrych, występujących bądź to (najczęściej) na wargach, na granicy między skórą a błoną śluzową, bądź na samej skórze wargi górnej lub dolnej, bądź też w okolicy nosa, lub też na innych miejscach powierzchni skóry lub błony śluzowej. Najczęściej znajdujemy opryszczki w przebiegu dławcowego zapalenia płuc; obecność ich w tych przypadkach służy nam za ważny bardzo objaw dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy dławcowem zapaleniem płuc, a innemi ostremi chorobami gorączkowemi, tak jak n. p. pomiędzy durem brzusznym a zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych nagminnem i t. p. W przypadkach zapalenia płuc obecność opryszczek może być w pewnym stopniu nawet jedynym objawem, wystarczającym na pierwszy rzut oka do rozpoznania tego zapalenia.

Znaną jest rzeczą, że często bez ściślejszego badania można rozpoznać zapalenie płuc tylko z obecności opryszczek wargowych, oczywiście przy uwzględnieniu całego zewnętrznego wejrzenia chorego. I tak n. p. jako *curiosum* przytacza Aufrecht, autor rozprawy *Die Lungenentzündungen* w Nothnagla *Specielle Pathologie und Therapie*, że spotkawszy raz na przechadzce pewnego kolegę, wyczytał na jego twa-

rzy zapalenie płuc, które rzeczywiście w 2 dni potem wystąpiło, a to tylko na podstawie opryszczek na wardze górnej.

Niekoniecznie jednak znachodzimy opryszczki tylko na wargach, lub wogóle w najbliższej okolicy ust; umiejscowienie ich, niezależnie od jakości i siedliska choroby, może mieć siedziby najrozmaitsze. Schwimmer *(Ueber einige durch Influenza bedingte Hauterkrankungen. Wien. med. Wochenschr.* XL. 37. 1890) przytacza przypadki zapalenia płuc po grypie (influenzy), w których znajdował opryszczki tęczowate (herpes iris) i opryszczki gorączkujących na podniebieniu i na błonie śluzowej tylnej ściany połyku. Stoicescu *(Schmidts Jahrb.* B. 243. I. 147. 1894) spostrzegał opryszczki na spojówce gałki ocznej również w przebiegu dławcowego zapalenia płuc; Giraudeau *(Semaine médicale* XVII. 15. 1897) — na skórze prawego uda w okresie wyzdrowienia po zapaleniu płuc; a Thomas *(Archiv der Heilkunde,* B. VI, 118. 1865) — tuż przy odbytnicy. Wogóle zdołano udowodnić, że opryszczki — najczęściej wargowe — zdarzają się w 42% samego tylko dławcowego zapalenia płuc. O ile nader często w przebiegu zapalenia płuc spotykamy opryszczki na wargach, o tyle znów nadzwyczaj rzadko widzimy je gdzieindziej usadowione. W zeszłym miesiącu miałem sposobność spostrzegania opryszczek na języku (herpes lingualis) u chorej, dotkniętej zapaleniem płuc. Przypadek ten dotyczył 41-letniej pacyentki, przyjętej do naszego szpitala 30 stycznia. Wywiady, zasięgnięte od rodziny chorej, wykazały: pacyentka zachorowała 27 stycznia nagle wśród objawów następujących: wieczorem tegoż dnia wystąpiła gorączka, a wkrótce potem dreszcze; w nocy uczuła chora kłójące bóle w prawej stronie klatki piersiowej; równocześnie wystąpiły poty; brak łaknienia, pragnienie. Gorączka trwała bez przerwy; w 2 dni potem przywieziono chorą do szpitala.

Badanie wykazało: naciek zapalny w dolnym płacie płuca prawego; plwocina rdzawa, zawierająca *diplococcus pneumoniae* Weichselbauma, obfitą ilość ciałek wypocinowych i w miernej ilości paciorkowiec ropotwórczy; język obłożony; po obu stronach wargi dolnej symetrycznie umiejscowione opryszczki wargowe. W moczu białko w miernej ilości, chlorki zmniejszone. Badanie krwi na preparacie świeżym wykazało: zwiększoną ilość włóknika, pole widzenia zasiane licznymi leukocytami. Na preparacie barwionym — brak ciałek eozynochłonnych. Ilość leukocytów: 18.600 w 1 mm. Oddechanie przyspieszone i powierzchowne, liczba oddechów 36; ciepłota 38,7, tętno 116. Rozpoznanie: *Pneumonia crouposa lobi inferioris dextri in stadio hepatisationis.*

W czasie przebiegu choroby pojawiały się kilkakrotne krwawienia z nosa nieznacznego stopnia. 3-go lutego rano wystąpiły objawy świeżego nacieku zapalnego w płucu lewem; równocześnie język stał się suchym, koloru brunatno-żółtego, pokryty dość licznymi pęcherzykami żółtawymi, dochodzącymi do wielkości ziarnka drobnego śrutu, wystającymi nad powierzchnię błony śluzowej języka. Po nakłóciu pęcherzyków otrzymano ciecz lekko mętnawą; drobnowidowe poszukiwanie w niej *diplococcus pneumoniae* wypadło ujemnie; natomiast wykazało niewielką ilość leukocytów i komórek przybłonkowych. Hodowla tej cieczy na agarze wydała gronkowiec ropotwórczy złoty, a następnie hodowla tego gronkowca złocistego, zaszczepiona na zwierzęta, wykazała, że nie mamy do czynienia z istotą chorobotwórczą, gdyż nie można było dostrzedz jakiegokolwiek odczynu chorobowego. Równocześnie z pojawieniem się opryszczek na języku wystąpiło cuchnienie z ust.

Sprawa zapalna przebiegała prawidłowo. W nocy z 7go na 8-y lutego znikły opryszczki na języku, pozostawiając po sobie nieznaczne tylko ślady, utrzymujące się jeszcze przez przeciąg kilkunastu godzin, gdy tymczasem opryszczki na wardze dolnej utrzymywały się jeszcze do 9go, w którym pozostały po nich tylko ciemne strupki, które 11go bez śladu zginęły.

Ważniejszą jednakże była ta okoliczność, że równocześnie z ustąpieniem opryszczek na języku, wystąpiło przesilenie choroby i to jednocześnie w płucu lewem i prawem. Stan gorączkowy 7go lutego o godz. 8 wieczór: 38·2, dnia następnego rano o 6tej: 36·4, tętno 82, liczba oddechów 24; od tej chwili stan bezgorączkowy, w obydwu płucach rozdzielanie się nacieku, język czysty, wilgotny, ilość moczu nieco zwiększona, ślady białkomoczu utrzymują się jeszcze, we krwi pojawienie się ciałek eozynochłonnych, ilość leukocytów: 8200.

O ile z jednej strony zajmującem dla mnie było pojawienie się opryszczek na języku, o tyle znów więcej zastanawiał mnie ścisły związek, zachodzący pomiędzy wystąpieniem nowego nacieku zapalnego w płucu lewem, w chwili istnienia już sprawy zapalnej w płucu prawem, a równoczesnem pojawieniem się opryszczek na języku i ich ustąpieniem równocześnie z nastaniem przesilenia chorobowego w obydwu zajętych płatach. Przebieg choroby wykazuje nam, że z chwilą wystąpienia świeżego nacieku zapalnego w płucu lewem, wystąpiły też i opryszczki na języku, które przebiegały ręka w rękę ze sprawą zapalną; bo równocześnie z nią się rozpoczęły, również długim był ich przebieg i równocześnie z nią ustąpiły w chwili przełamania się choroby.

Przypuszczając, że może zawartość pęcherzyków opryszczkowych na języku różni się od zawartości ich na wargach, porównywałem wynik badania treści pierwszych z wynikiem badania zawartości kilkunastu opryszczek wargowych, występujących również w przebiegu dławcowego zapalenia płuc; lecz badanie nie wykazało nic odmiennego.

Czy w powyższym przypadku zachodził rzeczywiście jaki ściślejszy związek pomiędzy wystąpieniem świeżego nacieku zapalnego, a równoczesnem ukazaniem się opryszczek na języku, czy był to tylko przypadek? nie mogę osądzić; tembardziej, że spostrzegając poprzednio jeszcze, a i potem, ze szczególniejszą uwagą przebieg obustronnego lub skrzyżowanego zapalenia płuc, nie zdołałem nigdy natrafić chociażby nawet na ślad opryszczek już nietylko koniecznie umiejscowionych na języku, ale nawet i takich, któreby przebiegały równie, ściśle jednocześnie ze świeżemi sprawami zapalnemi, jak w opisanym powyżej przypadku

Ogłoszenie niniejszego przypadku usprawiedliwiam tem, że przeglądając dokładnie literaturę tego przedmiotu, nie znalazłem nigdzie opisu podobnego usadowienia opryszczek.

W czasie, kiedy niniejsza publikacya była w druku, miałem sposobność spostrzegania przypadku dławcowego zapalenia płuc, który o tyle był interesującym, że umiejscowienie opryszczek było niezwykłe. Dotyczyło to 42-letniej chorej, przyjętej do naszego szpitala 13go marca z zapaleniem górnego płatu płuca prawego. Stan chorej w dniu przyjęcia był następujący: gorączka 39·4, naciek zapalny w gór-

nym płacie prawym. W 2 dni potem (15 marca) nastąpił przełom chorobowy; stan bezgorączkowy, liczne rzężenia w miejscu dawnego nacieku zapalnego, język oczyszcza się. Niedługo potem (17 marca) wystąpiły bardzo liczne opryszczki, umiejscowione zupełnie symetrycznie na skórze po obu stronach kości krzyżowej, w odległości kilku centymetrów od odbytnicy. Podczas kiedy jedne z nich ustępowały, pojawiały się świeże — ale zawsze symetrycznie po obu stronach — aż dopiero 26go ustąpiły, pozostawiając po sobie nieznaczne tylko strupy.

Byłby to analogiczny przypadek do wspomnianego wyżej i opisanego w *Archiv der Heilkunde* przez Thomasa.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Ze szpitala powszechnego w Brzeżanach.

Przypadek cięcia cesarskiego przy miednicy karłowatej,

podał

Dr. Adam Kowenicki,

sekundaryusz.

W literaturze położniczej rzadko spotykamy opisy połogów u karlic: fakt ten zniewala mnie do ogłoszenia przypadku porodowego, jaki miał miejsce w szpitalu powszechnym w Brzeżanach, zwłaszcza, że wyjątkowe trudności, jakie przy porodzie zachodziły, zmusiły nas do zastósowania, jako *ultima ratio*. cięcia cesarskiego:

Dnia 4 stycznia b. r, o godzinie 7-mej wieczorem przywieziono do szpitala powszechnego Chanę Gross, kobietę 26 lat liczącą, pierwiastkę, w bolach porodowych, które miały wystąpić w dniu 2-gim stycznia i bez przerwy od tego czasu trwają. Pęcherz płodowy miał pęknąć w dniu przybycia do szpitala po południu, podczas wewnętrznego badania, dokonanego w domu rodzącej, przez lekarza który polecił rodzinie odwieźć rodzącą do szpitala.

Badanie przedmiotowe. dokonane wkrótce po przybyciu rodzącej, wykazało: Kobieta wzrostu bardzo nizkiego, nieźle odżywiona, o budowie kośćca wątłej. Powiększony brzuch wypełnia macica ciężarna; przy obmacywaniu głębokiem w przerwie między bólami można wyczuć nad wchodem miednicy małej główkę płodu balotującą, grzbiet po stronie lewej i po tejże stronie wyraźnie wysłuchać się daje tętno płodowe Po dokładnem oczyszczeniu sromu, wewnętrznej powierzchni ud, po odkażeniu rąk swoich i przepłókaniu pochwy 0,50%-rozczynem lisolu, wykonałem badanie przez pochwę. Badanie to wykazało: wejście do pochwy bardzo wazkie. przepuszczające ledwo 2 palce; brak rozpulchnienia błony śluzowej pochwy; ujście zewnętrzne macicy zupełnie rozwarte; do części przodującej, t. j. główki. z trudnością tylko dojść można; natomiast nie da się wybadać i rozpoznać ciemion i szwów. Do wzgórka kości krzyżowej (*promontorium*) dochodzi się z wielką łatwością, przyczem stwierdzić można, że wymiar przekątny wchodu (*coniugata diagonalis*) wynosi $7^1/_4$ ctm., z czego wynika, że wymiar prosty wchodu wynosi około $5^1/_4$ ctm.

Następnie oznaczyłem inne wymiary miednicy cyrklem Baudelocquea, a wyniki podaję poniżej, równocześnie przyłączając dla ułatwienia porównania wymiary miednicy prawidłowej. (*Lehrbuch der gesammten Gynaekologie von Prof. Dr. Friedrich Schanta 1895*).

	wymiary miednicy prawidłowej	wymiary miednicy Chany Gross.
Dist. crist.	*29 ctm.*	*25 ctm.*
Dist. spin.	*26 ctm.*	*$20^1/_4$ ctm.*
Dist. troch.	*31 ctm.*	*26 ctm.*
Con. diag.	*$12^1/_2$ ctm.*	*$7^1/_4$ ctm.*
Con. externa Baudeloqui	*19—20 ctm.*	*$15^1/_2$ ctm.*

Dodam wreszcie, że w dniu 28 stycznia w czasie, w którym pacyentka już wstawała, zmierzyłem wysokość jej ciała, która wynosi 128 ctm. Zwracam uwagę, iż tak wywiady, jak i dokładne badanie, później dokonane, nie wykazały żadnego podejrzenia ani śladu przebytej krzywicy. Zresztą i kształt miednicy przemawia przeciw temu. Mamy więc do czynienia z miednicą karłowatą (Pelvis nana). Z wymiarów powyżej podanych wynika niemożliwość ukończenia porodu, nawet przy pomocy wymóżdżenia; postanowiliśmy przeto z obecnym równocześnie prymaryuszem, Wnym Drem Zaudererem, ukończyć poród cięciem cesarskiem; a ponieważ rodząca była, że się tak wyrażę, idealnie brudną, a w dodatku od trzech dni stolca nie miała. a tak jej stan ogólny (ciepłota 37,2, tętno 80), jakoteż zachowanie się macicy na to pozwalały, odłożyliśmy rękoczyn na dzień następny. Stolec dość obfity nastąpił po zastosowaniu wlewań Hegara, powłoki zaś zewnętrzne sam oczyściłem.

Dnia 5 stycznia, po powtórnem oczyszczeniu rodzącej i wypróżnieniu pęcherza moczowego, przy zachowaniu możliwie ścisłej aseptyki. wykonałem z polecenia prymaryusza i przy uprzejmej Jego pomocy, jako też czterech innych uproszonych kolegów, cięcie cesarskie sposobem zachowawczym Saengera.

Na tem miejscu muszę się wytłómaczyć. dla czego użyłem sposobu Saengera, kiedy tak znaczne ściśnienie miednicy, narażające osobę tę w danym przypadku na drugą laparotomię, wymagało usunięcia macicy, a pęknięty pęcherz płodowy mógł wzbudzić podejrzenie, że istnieje już zakażenie, a to tem bardziej. iż, jak już wyżej wspomniałem, powłoki rodzącej czystością nie grzeszyły. Do użycia sposobu tego nakłoniło nas przedewszystkiem to, iż badana na utratę macicy w żaden sposób zgodzić się nie chciała, mówiąc, iż ewentualny drugi jej poród nie będzie tak ciężki, a następnie uwzględnialiśmy i długość użytego czasu przy operacyi, gdyż Chana Gross już w chwili pierwszego badania, o czem dotychczas nie wspomniałem, miała silny nieżyt oskrzelowy, obawialiśmy się więc, by długa narkoza nie pogorszyła stanu płuc. Przebieg operacyi nie przedstawiał większych trudności: cięciem w linii białej, poczynającem się na dłoń powyżej pępka, a kończącem się na dłoń powyżej spojenia łonowego, odsłoniłem macicę, po podwiązaniu kilku naczyń w powłokach wytoczyłem ją i okryłem. oddzielając w ten sposób od jamy brzusznej, ciepłymi płatami gazy i kompresami. Na dolny odcinek macicy zamiast sączka założyłem szmat gazy wyjałowionej i oddałem go pomagającemu koledze, by po przecięciu, w razie krwawienia, końce gazy więcej ściągał. Następnie przeciąłem ścianę macicy w kierunku osi podłużnej, płód żyjący męzki wyjąłem za pośladki i oddałem akuszerce do podwiązania i oddzielenia pępowiny, a w końcu odkleiłem łożysko z błonami (łożysko znajdowało się na przedniej powierzchni i przy przecinaniu macicy nieco naciętem zostało). Krwotok po przecięciu macicy nie był znaczny; a ponieważ szmat gazy okazał się nie praktyczny, uciskał asystujący kolega dolny odcinek macicy palcami. By zabezpieczyć się przed krwotokiem atonicznym po zeszyciu, wstrzyknięto operowanej 0,40 *ergotini Bombellon.* Jelita, wypierane na zewnątrz, przytrzymywał pomagający kolega. Wnętrze macicy wytarłem wyjałowionymi wacikami, gazą jodoformową i zasypałem je jodoformem. Do szycia macicy użyłem grubego jedwabiu, łącząc ściany szwem węzełkowym, a nad nimi szwem ciągłym złączyłem otrzewnowe pokrycie macicy. Tak samo szwem ciągłym zeszyłem otrzewnę powłok, a w końcu — węzełkowym powłoki brzuszne. Po założeniu opatrunku, ułożyłem operowaną, budzącą się, na łóżku i na opatrunek dałem nieprzemakalny woreczek ze śniegiem.

W godzinę po operacyi wystąpiły wymioty. przy czem wyszły z operowanej trzy glisty, stan jej jednak ogólny był zupełnie zresztą zadawalniający. a nawet kaszel nieco się zmniejszył, ciepłota wieczorna wynosiła 37,50, tętno 80 razy na minutę.

	rano ciepłota	tętno na minutę		wieczorem ciepłota	tętno na minutę
6/1	37,5	84		37,7	92

Z powodu znacznych odchodów przepłókano srom wodą przegotowaną. Silny kaszel, podano *Codeinum muriat.*

7/1	37,00	84		37,5	88

Kaszel słabszy; srom przepłókano, i zabiegi te następnie codziennie powtarzano z powodu bardzo obfitych odchodów.

8/1	37,00	84		37,5	88
9/1	37.00	84	stolec	37.5	84
10/1	37,00	88		37,5	92
11/1	37.00	84	stolec	37,00	80
12/1	37.00	84	kaszel silniejszy	37,5	84
13/1	37,5	92		37,5	88

	rano ciepłota	tętno na minutę		wieczorem ciepłota	tętno na minutę
14/1	37,00	84		38,5	96

Plwocina nieżytowa. Szwy dopiero w dniu tym wyjęto, z powodu ciągle utrzymującego się kaszlu. W dolnym odcinku rany, koło 3-ch ostatnich szwów, nieznaczne ropienie, zresztą rana zagojona doraźnie (per primam). Chora przy kaszlu skarży się na kłócie w boku prawym; w ułożeniu na bok lewy stwierdzono liczne rzężenia i świsty w dolnym płacie płuca prawego. Postawiono 30 suchych baniek. Podano: *Inf. Senegae c. Liqu. ammonii anisat. et spirit. sacchari*

15/1	37,5	88		38,5	92

stolec po oleju rącznikowym. Plwocina ropiasta, miernie obfita.

16/1	37,5	84		38,2	88

Zmiana opatrunku. ropienie w dolnej części koło wyjętych szwów dolnych utrzymuje się, brzuch przy ucisku niebolesny.

17/1	38,00	88		39,5	106
18/1	39,00	96		39,5	106

Zmiana opatrunku. Badanie płuc wykazuje wyraźne stłumienie w dolnym płacie płuca prawego. Wysłuchem stwierdza się miejscami trzeszczenie i liczne świsty i furczenia. Polecono chorej zmieniać położenie, nawet siadać; podano napar *Digit.* i *Senegae* z rumem.

19/1	39—,	96	stolec po oleju rącz.	39,5	106
20/1	38,5	96	opatrunek	39,00	106
21/1	39,00	106		39,00	110
22/1	37,5	84	stolec	39,00	110
23/1	37.5	84	opatrunek	38,00	96
24/1	37,00	84		37,7	92

Badanie płuc wykazuje objawy nieżytu oskrzelowego. Napar. *Ipec.*

25/1	36,5	80	opatrunek	37,00	88
26/1	36,5	80		37,5	84
27/1	36,5	80		37.00	80

i od dnia tego trwał dalej stan bezgorączkowy. Jak z przebiegu ciepłoty i wyniku fizykalnego badania jest widocznem, przechodziła Chana Gross po operacyi zapalenie nieżytowe płuca prawego, które musiało być u niej wywołane ciągłem leżeniem na wznak; w trzy dni bowiem po dozwoleniu operowanej zmieniania położenia, a nawet siadania, ciepłota zaczęła opadać. W dniu 28/1 pozwoliła sobie Chana Gross wstać z łóżka i przy rannej wizycie zastałem ją siedzącą na krześle; ponieważ powłoki brzuszne w górze były już zupełnie zagojone, a w dole przedstawiały pięknie granulującą rankę linijną, przeto pozwoliłem jej od dnia tego codziennie wstawać. Siły operowanej zwolna wracały, łaknienie było zupełnie zadawalniające. W dniu 8 lutego założyłem płócienną opaskę brzuszną, a dnia 17/2 lutego, jako zupełnie zdrowa, opuściła operowana szpital wraz z dzieckiem.

Wypełniając miły dla mnie obowiązek na tem miejscu, dziękuję Wielmożnemu Drowi Zaudererowi, Dyrektorowi szpitala, za pozwolenie wykonania operacyi i za zachętę do opisania tego przypadku, jakoteż uprzejmym kolegom za udzieloną pomoc.

IV. Wyciągi.

Dr. M. Reimar: **O zapaleniu siatkówki krwotokowem w następstwie rozrostowego zapalenia śródtętniczego** *(endarteritis proliferans)* **z drobnowidowem badaniem jednego przypadku.** *(Archiv f. Augenhlk.* Luty 1899). Autor miał sposobność badać drobnowidowo przypadek, w którym wziernikiem rozpoznano zakrzep żyły głównej siatkówki, a w pół roku później wyłuszczono gałkę z powodu jaskry. Badanie drobnowidowe wykazało rozrostowe zapalenie śródtętnicze tętnicy głównej siatkówki. Zmiany odnosiły się przeważnie do błony wewnętrznej tętnic, która była silnie zgrubiałą, jużto w całym obwodzie, jużto tylko jednostronnie, przedstawiając na przekroju kształt półksiężyca, a zacieśniając coraz więcej światło naczyń, spowodowała przerwanie krwiobiegu, skutkiem czego przyszło do obumarcia pierwiastków nerwowych warstw wewnętrznych, co podmiotowo objawiło się znacznem upośledzeniem bystrości wzroku. Skoro później, czy to wskutek podwyższenia się parcia krwi, czy to zmniejszenia się energii skurczu ścian tętnic, światło ich nieco się rozszerzyło, prąd krwi przepływał przez ściany zmienione jeszcze więcej skutkiem chwilowej niedokrewności i wskutek tego przyszło do wynaczynień, które R. stwierdził w siatkówce. Obok tego znalazł Reimar liczne tętniaki prosówkowe. Żyły siatkówkowe były tylko miejscami zajęte sprawą miażdżycową. Chora miała lat 57; oprócz wysokiego stopnia miażdżycy tętnic skroniowych i tętnicy promieniowej, stan ogólny zmian nie przedstawiał. Przechodząc zapatrywania autorów, począwszy od Heubnera, który pierwszy zwrócił uwagę na rozrostowe zapalenie śródtętnicze, uważając je za sprawę pochodzenia kiłowego, przyjmuje autor dzisiejsze wyobrażenia większej części chirurgów, którzy uważają ją jako postać miażdżycy tętnic, zajmującą według Riblerta w większych naczyniach wszystkie warstwy ścian, w mniejszych zaś przeważnie usadawiającą się w błonie wewnętrznej. Miażdżyca może wystąpić i w młodym wieku, usadawia się w sercu, (wady zastawkowe, zamknięcie światła tętnicy wieńcowej serca), w nerkach (zwyrodnienie), w mózgu (porażenia), w mięśniach (bóle gośćcowe), w kończynach (zgorzel samoistna). Co do wzroku, cierpienie charakteryzuje się nagłem upośledzeniem bystrości jego w całem polu widzenia, a wziernikiem dostrzegamy liczne wynaczynionki siatkówkowe, obok białych plam, tętnice cienkie, otoczone białemi obwódkami, miejscami zamienione w szaro-białe postronki; żyły zaś albo prawidłowe, albo tylko nieco rozszerzone, w czem leży różnica rozpoznawcza od zakrzepu w żyle głównej siatkówki. Tak jak porażenia po udarze mózgowym, tak mogą ustępować i zaburzenia bystrości wzroku, gdyż pierwiastki nerwowe, jeżeli niedokrewność trwała krótko, napowrót stają się zdolne do czynności. *Dr. A. Bednarski.*

R. Kraus i W. Seng: **Przyczynek do znajomości mechanizmu zlepiania się (aglutynacyi).** *(Wiener klin. Wochenschrift.* 1899. Nr. 1). Autorowie wzięli sobie za zadanie wyjaśnić teoretycznie sprawę aglutynacyi. Przechodzą więc krytycznie wszystkie teorye w porządku czasowym. Najwcześniejsza z nich teorya Grubera upatruje przyczynę zlepiania się w rozpulchnieniu osłonki bakteryi, które przez to stają się lepkiemi. Pfeiffer jednak wykazał, że przypuszczalne rozpulchnienie osłonki nie istnieje. Również Bordet twierdzi, że teorya ta nie jest niczem poparta, gdyż zlepione bakterye nie tracą kształtów, ani rzęsek. Doświadczenia Trumppa dowodzą raczej rozpadu mętwików *(vibrio)* na ziarenka, a nie, jak on twierdzi, ich pęcznienia. W dawniejszej swej pracy (Kraus i Löw) wykazał jeden z autorów, że rozpad taki zdarza się nietylko u mętwików, lecz i w prątku durowym i okrężnicowym *(bact. coli)* pod wpływem świeżej surowicy ptasiej. — Wyżej wspomniany Bordet przypisuje zlepianie się przyciąganiu molekularnemu, jednak niczem swego zdania nie popiera. Ważnemi natomiast są spostrzeżenia Bordeta, Widala i van de Veldea, że i nieżywe bakterye pod wpływem swoistej surowicy zlepiają się, że zatem sprawa ta nie jest ściśle z ich życiem i ruchomością związana. Kraus wykazał, że w przesączach bulionowych hodowli cholery, duru i dżumy za dodaniem odpowiedniej surowicy powstają strąty swoiste. — Na podstawie tego twierdzi Paltauf, że zlepianie się jest zjawiskiem mechanicznem, w którem strąty powstające porywają ze sobą drobnoustroje. Tego samego zdania jest Ch. Nicolle, który doświadczenia te stwierdził na prątku okrężnicowym, *vibrio Massauha* i prątku durowym, a nadto wykazał, że po dodaniu do przesączu bulionowej hodowli prątka okrężnicowego (*bact. coli.*), prątków durowych i innych drobnoustrojów a potem rozcieńczonej surowicy swoistej *coli*, nastąpiła aglutynacya. W ten sam sposób zachowywały się cząsteczki łojku, znajdujące się w zawiesinie w bulionowej hodowli prątka okrężnicowego, gdy dodał surowicy równoimiennej. Różnoimienna surowica nie wywoływała zlepiania się cząsteczek łojku. — Dineur na podstawie ujemnych wyników w otrzymaniu osadu w przesączu bulionowym uważa ten osad jako rzecz uboczną w sprawie zlepiania się i powołuje się na Malvoza, który wykazał, że zlepianie się drobnoustrojów powstaje również pod wpływem alkoholu. Dalej wykazuje na podstawie swych i Malvoza doświadczeń, że prątki durowe, dłuższy czas w wodzie płókane, nie zlepiają się ani pod wpływem alkoholu, ani surowicy, ani formaliny, ani safroniny. — Z doświadczeń Nicollea wynika wprawdzie, że 25—30-dniowe hodowle, wymyte w wodzie, gorzej się skupiają, natomiast 2—3-dniowa hodowla zachowuje się tak samo, jak porównawcza, w przesączach zaś starych kultur dostaje się łatwiej i większe strąty, niż w młodych. Dowodzi to, że

z hodowli starych więcej są swoiste substancye wyługowane i stąd łatwiej przez płókanie z nich usunąć się dadzą. W tych razach ani alkohol, ani inne istoty chemiczne nie wywołają zlepiania się, bo może to nastąpić tylko wtenczas, gdy środowisko, w którem bakterye się znajdują, tworzy z powyższemi substancyami straty (białko w bulionie). Tak więc nie utrata rzęsków, jak twierdzi Dineur, lecz brak istot strącalnych jest przyczyną ujemnego wyniku aglutynacyi.

Autorowie przyłączają się w swem zapatrywaniu do twierdzenia Paltaufa i Nicolla (teorya mechaniczna) i dla wyjaśnienia tej sprawy podają jeszcze szereg doświadczeń. Tak jak cząsteczki łojku, zlepiają się w bulionie za dodaniem alkoholu także cząsteczki tuszu, cynobru, ultramarynu, co da się obserwować w próbówce i pod drobnowidem i przedstawia obraz, zupełnie podobny do zlepiania się drobnoustrojów. Na udowodnienie tego podają autorowie 3 doświadczenia. 1) Jeśli do kropli bulionowej zawiesiny tuszu dodamy kroplę alkoholu, występuje aglutynacya — nie wystąpi zaś gdy zamiast bulionu użyjemy rozczynu fizyologicznego soli, lub wody. 2) W rozcieńczeniach bulionu rozczynem fizyolog. soli, lub wodą, występuje aglut. cynobru wyraźnie w stosunku 1:40 wody, a nie występuje w rozczynie 1:50. Cząsteczki nie mają wprawdzie ruchów molekularnych, lecz są odosobnione. Podobny wynik z hodowlą gronkowca. Jeżeli jednak do powyższych rozczynów soli lub do wody, w której znajdują się drobnoustroje, lub cząstki mineralne, dodamy bulionu lub białka, to po dodaniu alkoholu otrzymamy natychmiast aglutynacyę. 3) Zależność i równorzędność aglutynacyi z tworzeniem się stratów można spostrzegać pod drobnowidem, a gdy przez rozcieńczanie środowiska znika osad, to znika równocześnie aglutynacya.

Procz powyższych substancyi wywołują zlepianie się także kwasy, zasady, sole ($CuSO_4$, octan ołowiowy kwaśny i zasadowy) i safranina. Cynober w rozczynie peptonu skupia się tak, jak w bulionie. Tusz w rozczynie soli za dodaniem alkoholu skupia się dzięki zawartości gumy. Strątów dotąd nie udało się autorom zabarwić. Widzieć je można pod drobnowidem w postaci kłaczków w rozczynach bez drobnoustrojów. — W skupieniach drobnoustrojów są niewidzialne.

Powstawanie strątów jest więc niezbędnym warunkiem wystąpienia aglutynacyi, a strąty te stanowi w aglutynacyi swoistej swoista substancya, zawarta częścią w bulionie, częścią w ciałach bakteryi, a strącalna jednoimienną surowicą, — w nieswoistej zaś są to ciała białkowate, strącalne wymienionemi istotami chemicznemi W jednej i drugiej aglutynacyi teorya mechaniczna najlepiej całą sprawę tłumaczy.

Dr. Flis.

A. Herrmann. **Przyczynek do pytania: czy kamicę żółciową należy leczyć wewnętrznie, czy też chirurgicznie?** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten.* T. IV, Z. 2). Autor, dyrektor szpitala w Karlsbadzie, jest zasadniczym zwolennikiem leczenia środkami wewnętrznymi (w Karlsbadzie) wszystkich form „regularnych“ (niepowikłanych) kamicy żółciowej. Nie twierdzi bynajmniej, aby takiem postępowaniem osiągnąć można wyleczenie zupełne, owszem jest przekonany, że leczenie w Karlsbadzie wprowadza cierpienie napowrót w okres utajenia, w jakim istniało przed wybuchem pierwszej kolki, ale w tej postaci choroba sama nie grozi życiu chorego, H. widział bowiem zaledwie 2 przypadki śmierci na 460 spostrzeganych chorych; owo utajenie cierpienia następuje dzięki żółć pędzącym własnościom wód karlsbadzkich; skład żółci staje się prawidłowym i nie pobudza pęcherzyka do nadmierinych ruchów robaczkowych. Autor zaprzecza, ażeby pod wpływem picia wód wspomnianych kamyki w zwiększonej ilości się wydalały. Do leczenia wewnętrznego zachęca autora nadto kilkakrotnie spostrzegany nawrót kamicy po operacyach, dawniej z tego powodu dokonanych na pęcherzyku. Zbyt małą jednak liczbę chorych w tym kierunku spostrzegał H., aby się mógł stanowczo oświadczyć przeciw operacyjnemu postępowaniu w przypadkach „regularnych“; z doświadczenia własnego wie jednak, że formy „nieregularne“, leczone wewnętrznie, nie zmieniają swego przebiegu na korzyść i te chętnie odstępuje chirurgom (lecz ci z pewnością niechętnie je przyjmują. Przyp. spraw.). *Herman.*

Prof. Kocher. **O niedrożności przewodu pokarmowego.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten* T. IV, Z. 2). Główne niebezpieczeństwo, wedle K., grozi choremu z niedrożnością przewodu pokarmowego ze strony zmian w ściankach jelita, które ostatecznie stają się drożne dla substancyj trujących i samychże drobnoustrojów, co staje się źródłem 1) ogólnego zatrucia ustroju i 2) powoduje miejscowe obumieranie ścian jelit, ale z ich przedziurawieniem i zakażeniem otrzewnej. Zaburzenia w krążeniu powstają z jednej strony skutkiem ucisku na jelito od zewnątrz, z drugiej zaś nadmiernie gromadzące się powyżej przeszkody gazy, kał, wydzielina gruczołów i płyn przesiękowy rozdymają nadmiernie ścianę kiszek i zaciskają naczynia. Najważniejszem zatem wskazaniem leczniczem jest usunięcie przyczyn, sprowadzających owe zaburzenia w krążeniu, przez zniesienie ucisku zewnętrznego, co uskutecznić można tylko po otwarciu jamy brzusznej, i przez zmniejszenie parcia śródjelitowego, do czego ostatecznie wystarcza przetoka kałowa. W każdym przypadku zamknięcia jelit, czy to ostro, czy przewlekle powstającego, trzeba zawsze myśleć o leczeniu operacyjnem, które wykluczyć możemy tylko w tych przypadkach, gdzie z całą pewnością rozpoznajemy zamknięcie światła jelita skutkiem zatkania lub porażenia ścian kiszki i gdzie niewątpliwie wykluczamy *ileus e strangulatione.* Usunięcie przeszkody w krążeniu kału jest celem pożądanym, a usunięcie zaburzeń w krążeniu celem koniecznym każdej operacyi. A że przez laparotomią we wszystkich przypadkach obu tym wskazaniom zadość uczynić możemy, tę drogę w przeważnej liczbie przypadków obrać należy, pozostawiając zabiegi tymczasowe (odbyt sztuczny) tylko na późne okresy niedrożności wskutek zatkania lub porażenia. Złe wyniki pooperacyjne przypisać należy tylko zadługiemu wyczekiwaniu, poprawy zaś oczekiwać należy tylko od zasadniczo operacyjnego postępowania w każdym przypadku, w którym przypuszczamy mechaniczną przeszkodę.

Herman.

V. Chlumský. **Przyczynek do oceny rozmaitych sposobów łączenia jelit.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1899. Nr. 2). W pracy tej doświadczalnej, wykonanej na jelitach psów, badał autor wytrzymałość połączeń środkowych i bocznych, spojonych jużto dwurzędowym szwem, jużto guzikami Murphyego. Zwierzęta zabijał autor w rozmaitym czasie po zabiegu i oznaczał manometrem rtęciowym stopień ciśnienia wody, jakiego potrzeba było aby połączenie przerwało się. C. przekonał się, że wytrzymałość połączenia bezpośrednio po zabiegu jest względnie wysoką, wytrzymuje bowiem ciśnienie średnio 200 mm. Hg; następnego już dnia zmniejsza się i zmniejszanie się to postępuje stale przez trzecią i czwartą dobę, spadając do 50—90 mm. Hg, już jednak 5 tego dnia po zabiegu poczyna się zwiększać, tak, że między 10—15 dniem wytrzymałość miejsc połączonych równa się wytrzymałości nietkniętych ścian jelitowych (380—450 mm. Hg. u psów). Zmniejszona wytrzymałość między trzecią a piątą dobą zależy od kruchości naciekłych ścian. Zasadniczej różnicy między połączeniem zeszytem, a guzikiem M. co do ich odporności nie ma, wiele jednak innych względów przemawia przeciw guzikowi. *Herman.*

Riedel: **Otrucie arszenikiem z zejściem śmiertelnem w następstwie leczenia wcieraniami przez partacza.** *(Vjschr. f. g. M.* T. XVII Z. 1. 1899). 20-letnia służąca, dotknięta świerzbem, lecząc się bez skutku w szpitalu, udała się o poradę do partacza, w tej samej miejscowości mieszkającego, który leczył ją wcieraniem przez siebie przygotowanego płynu. Po trzykrotnem natarciu całego ciała wspomnianym płynem wystąpiły obok licznych owrzodzeń na powierzchni ciała i białkomoczu ciężkie objawy ogólne, jak osłabienie, bole w kończynach i bole głowy, wśród którychto objawów w krótkim czasie nastąpiła śmierć. Sekcya sądowa nie wykazała przyczyny śmierci, badanie zaś chemiczne pojedynczych na-

rządów wykazało ślady arsenu, który się mieścił także w płynie w ilości 2·68%. Na mocy objawów spostrzeganych za życia, jakoteż wyniku badania chemicznego wydano orzeczenie, że śmierć denatki nastąpiła w następstwie otrucia arszenikiem. Oskarżony partacz skazany został na rok ciężkiego więzienia. *Dr. Horoszkiewicz.*

Prof. Leichtenstern Otto: **Niedokrewność tęgoryjcowa (ankylostoma).** *(Deutsch. med. Wochenschr.*, Nr. 3, 1899). Najważniejszym objawem „tęgoryjnicy“ czyli choroby tęgoryjcowej, który tłomaczy wszystkie inne objawy poboczne, jest niedokrewność. Może ona przybrać w cięższych przypadkach postać niedokrewności złośliwej i doprowadzić do skonu bez innych powikłań. Nazwy choroby tęgoryjcowej są rozmaite w różnych stronach ziemi, jak: blednica egipska, *hypoaemia brasiliana*, niedokrewność cejlońska, blednica podzwrotnikowa i t. p. W Europie sprawiła ona spustoszenia śród robotników tunelu Gotthardta, w kopalniach francuskich, belgijskich i węgierskich, w cegielniach kolońskich i t. d.

W krajach podzwrotnikowych tęgoryjnica wydarza się nadzwyczaj często, jednakowoż, mimo wtargnięcia tęgoryjca do ustroju, objawów choroby samej niema.

N. p. Hindusi bardzo często żywią w sobie tęgoryjca, którego jajka oddają z kałem, a przecież cieszą się zdrowiem. Dobson badał stolce u 1249 Hindusów i w 944 przypadkach znalazł w nich jajka tęgoryjca, więc olbrzymi odsetek = 75·6. Na tej podstawie, ponieważ badani wcale nie czuli się źle, uważa Dobson tęgoryjca za niewinnego pasorzyta.

Autor nie zaniedbał żadnej sposobności, aby nabrać w tym względzie własnego doświadczenia. Badał więc kał mieszkańców podzwrotnikowych, pokazujących się w Europie po wystawach, cyrkach i t. p., jak Hindusów, Singalezów, Jawańczyków. Znalazł rzeczywiście 62·5% jajek tęgoryjca. Ilość jednakowoż tych jajek w poszczególnych przypadkach była „bardzo mała“, lub „mierna“. Już dawniej, zajmując się obliczaniem ilości jajek tęgoryjca w kale, podał autor własny sposób takiego obliczania, polegający na tem, że kał prawidłowy (to jest nie biegunkowy lub po środku czyszczącym) z całej doby, rozmięszany z pewną odmierzoną ilością wody i to rozmięszany jak najdokładniej, bierze się do badania.

Z ilości jajek można wnosić z niejakiem prawdopodobieństwem o ilości samic tęgoryjca, usadowionych w jelitach.

W ten sposób obliczana ilość jajek tęgoryjca była również bardzo mała lub mierna w kale niewiast z Dahomeyu, z kraju tak zw. „czarnych amazonek“, które autor wyzyskał w tym celu. Przypadkowo jedna z tych niewiast, w której kale było bardzo mało jajek tęgoryjca, zmarła z powodu zapalenia płuc w szpitalu w spostrzeganiu autora. W jelitach znaleziono dziewięć samic tęgoryjca przyssanych do ściany. Tak ta dziewczyna, jak i reszta niewiast z Dahomeyu, nie miały żadnych objawów tęgoryjnicy, były zupełnie zdrowe.

Podobne spostrzeżenia u murzynów, a także u Hindusów, Cejlończyków, skłoniły nawet Zinna i Jacobyego do wygłoszenia twierdzenia, że wprawdzie w rasie czarnej i żółtej pojawia się często tęgoryjec, lecz nie wydarza się sama choroba tęgoryjcowa tak często, że więc u ras tych istnieje odporność przeciwko tęgoryjnicy.

Tymczasem również w Europie pokazało się, że ludzie, mający w sobie tęgoryjca, lecz wydalający z kałem niewielkie ilości jajek tego pasorzyta, mogą wcale nie chorować. Tedy podług autora niema żadnej odporności rasowej, istnieje jedynie zależność od ilości pasorzytów i stopnia nadwerężenia zdrowia. W przypadkach przewłocznych tęgoryjnicy może być w kale tylko mała ilość jajek, a w razie śmierci, w jelitach bardzo niewiele pasorzytów. W takim razie poprzednio znajdowało się wiele pasorzytów, które albo wskutek leczenia, albo same, poginęły, a uszkodzenie ustroju już było z początku tak znaczne, że mimo usunięcia pasorzytów, wyczerpany narząd krwiotwórczy nie był w stanie powstrzymać niedokrewności.

Wogóle niedokrewność tęgoryjcowa zależy u wszystkich ras jedynie od ilości pasorzytów, od czasu trwania choroby, od odporności danego ustroju i od jadowitości tęgoryjca. Już dawniej podał nawet autor dla uzmysłowienia tych stosunków wzór $a = \frac{nt}{r}$, w którym a = wielkość niedokrewności, n = ilość pasorzytów, t = czas przebywania pasorzytów w jelitach, r = odporność danego ustroju.

Co do jadowitości, to rzecz nadzwyczaj zajmująca, a dotąd nierozstrzygnięta, czy rzeczywiście tęgoryjec może być więcej lub mniej jadowity. Do wzięcia pod rozwagę tej możliwości zachęca zachowanie się ustroju pod wpływem innego pasorzyta, t. j. bruzdogłowca (botriocephalus). Wiadomo, że bruzdogłowiec czasem może wywołać bardzo ciężką niedokrewność, a czasem wcale nie, choć może być w tym ostatnim razie bardzo dużo pasorzytów. Rozmaicie tłómaczono ten niestosunek pomiędzy ilością bruzdogłowców, a niedokrewnością. Autor tłómaczy (w innem miejscu, w *Handbuch der speciell. Therapie*, Penzoldt & Stintzing, Tom IV), że pomiędzy bruzdogłowcami zdarzają się więcej i mniej jadowite osobniki, jak to n. p. trafia się pomiędzy mięczakami (jadalny *Mytillus edulis* czasem bywa trujący, co nie zależy od jego stanu zdrowia).

Podobnie możnaby więc sądzić, że i pomiędzy tęgoryjcami znajdują się więcej jadowite osobniki. W każdym razie stopień niedokrewności tęgoryjcowej zależy od ilości pasorzytów, żyjących w ustroju, kiedy stopień niedokrewności bruzdogłowcowej niema związku z ilością pasorzytów. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Prof. E. Raehlmann. **Schorzenie rzęs i brzegów powiekowych wskutek roztoczy pasorzytujących w torebkach rzęsowych.** *(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* XXXVII. 2. 1899). Znaną jest rzeczą, że nużeniec (Demodex folliculorum) z roztoczy a gromady pajęczaków, żyje jako pasorzyt w torebkach włosowych i gruczołach łojowych skóry, zwłaszcza twarzy, skrzydeł nosowych i czoła, a u niektórych zwierząt, jak u psów, nieraz choroby skóry wywołuwa. Majocchi w roku 1879 znalazł go w przypadku przewlekłego zapalenia brzegu powiekowego w gruczołach Meiboma w większej ilości, a Burchardt w 1884 — w treści gradówki; zaś Stieda w r. 1890 — w torebkach rzęsowych, twierdził jednak, że obecność tego pasorzyta nie sprowadza żadnych szkodliwych następstw dla rzęs. Dermatologowie również uważają nużeńca za niewinnego mieszkańca gruczołów łojowych skóry.

Tymczasem Raehlmann, na podstawie badań klinicznych, anatomicznych i drobnowidowych przekonał się, że nużeniec bardzo często (bo aż w 25% wszystkich przypadków jaglicowych) znajduje się w torebkach rzęsowych i wywołuje objawy chorobowe na rzęsach, brzegu powiekowym i w spojówce oka. W przypadkach, gdzie znalazł nużeńce w torebkach rzęsowych, uskarżano się na częste wypadanie rzęs, tarcie i świąd powiek. Dalej można było stwierdzić przekrwienie brzegu powiekowego, ograniczone lub też na całej przestrzeni z chropowatą powierzchnią, często oblepioną jakby zaschłą wydzieliną i łuskami. W cięższych przypadkach przekrwienie przechodziło na przybrzeżną część spojówki powiekowej, a wtedy bywała znaczniejsza wydzielina i dolegliwości większe.

Nużeniec jest 0,3 mm. długi, a około 0,04 mm. gruby; można go widzieć przez lupę, a najlepiej badać wyrwaną rzęsę w kropli wody przy 60—80krotnem powiększeniu. Zmiany w torebce włosowej dowodzą, że nużeniec jest szkodliwy. Wżerając się w głąb pomiędzy trzonem a pochewką wewnętrzną korzenia włosowego, ogryza dokoła korzeń rzęsy i niszczy nieraz całą torebkę rzęsową tak, że rzęsy wypadają i często wcale nie odrastają.

Także wynik leczenia przemawia za przyczyną pasorzytniczą choroby; po zastósowania balsamu peruwiańskiego w stosunku 1 : 3 lanoliny na brzeg powiekowy, co najmniej przez pół godziny, lecz przestrzegając, aby nie dostał się do

worka spojówkowego, następowało po 24 godzinach znaczne polepszenie, a po kilku dniach wyleczenie. Badając rzęsy po 4 dniach leczenia mógł się autor przekonać, że większa część nużeńców wyginęła, ale niektóre jeszcze żyły. Należy przeto dłuższy czas stosować powyższą maść. *Dr. J. Kreutz.*

Prof. Kuhnt (Królewiec). **Ostre zatrucie alkoholem metylowym.** *(Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1899. 1). Autor spostrzegał dwa przypadki ostrego zatrucia alkoholem metylowym, działającym w wyższym stopniu trująco, niż alkohol etylowy. Po wypiciu pewnej ilości alkoholu metylowego, zmięszanego z żytniówką, wystąpiły w pierwszym przypadku dreszcze, a na drugi dzień musiał chory z powodu zawrotów głowy zaniechać pracy. Zasnął i spał z jednorazową krótką przerwą 48 godzin. Pożywiwszy się nieco, usnął znowu, a po 24 godzinach obudził się z gwałtownym bólem głowy i znacznem upośledzeniem wzroku. Widzenie z każdą godziną się pogarszało; dnia zaś następnego, a więc po skończonych czterech dobach od dnia zatrucia, nie miał już na żadnem oku poczucia światła. Badanie wziernikiem nie wykazało zmian chorobowych; występowały jednakże bóle przy znaczniejszych ruchach oczu i przy ucisku na gałkę oczną, z czego roz poznać można było zapalenie pozagałkowe nerwów ocznych. Po pięciu tygodniach chory zupełnie wyzdrowiał. Towarzysz tego chorego, który większą jeszcze spożył ilość alkoholu me tylowego, zmarł na drugi dzień po spożyciu wśród objawów ostrego nieżytu żołądka i kiszek.

Doświadczenia na psach wykazały, że zatrute osobniki ginęły 2go lub 3go dnia po większych dawkach alkoholu metylowego, skutkiem porażenia oddechania wśród objawów ciągłej śpiączki.

Powyższe przypadki zasługują na uwagę nietylko dlatego, że stwierdzają wogóle ostre zatrucie alkoholem metylowym z wystąpieniem pozagałkowego zapalenia nerwów wzrokowych, lecz dla nas szczególnie także z tego powodu, że prawdopodobnie u nas w kraju, w którym napoje wyskokowe bywają często zanieczyszczane alkoholem metylowym, acetonem, formaldehydem, acetaldehydem, alylalkoholem i innemi domieszkami, nadarzy się niejedna sposobność spostrzegania przypadków zatrucia. *Dr. J. Kreutz.*

Dr. Gudden: **Przypadek urazowej cukrzycy.** *(Friedr. Bl.* Z. 1. 1899). 60-letniego B. ubranego tylko w koszulę, znaleziono w r. 1896 nieprzytomnego na chodniku koło domu, w którym mieszkał. Zawezwany lekarz znalazł pęknięcie czaszki, przebiegające od czoła ku podstawie, obrzęk i zasinienie powiek, krwotok z gardła i nosa obok licznych staré naskórka i sińców. Uszkodzony nie przypominał sobie okoliczności wypadku, wywiady zaś wykazały, że B. najprawdopodobniej w stanie na wpół śpiącym otwierając okno, wypadł przez nie z wysokości 4 m. na bruk uliczny. Badania dalsze wykazały ślepotę oka prawego jako następstwo krwotoku śródczaszkowego, obok objawów pozwalających przypuszczać obecność cukrzycy, jak silne pragnienie, niczem niedające się ugasić łaknienie obok wybitnie postępującego wychudzenia, ogólne osłabienie, bóle głowy i kończyn. Dokonane badanie moczu wykazało cukier w ilości 6%, która to ilość w miarę leczenia zmniejszała się, cukier jednak z moczu nie zniknął. W orzeczeniu uznano związek przyczynowy między urazem a cukrzycą za istniejący, oświadczono się wreszcie za 2-letnią niezdolnością do zarobkowania, co potwierdziło badanie w roku 1898, które wykazało w moczu obok białka 4·6% zawartości cukru. *Dr. Horoszkiewicz.*

Pernet i Boulloch. **Etyologia ostrej pęcherzycy.** *(Brit. Jour. of Derm.* T. 8). Autorowie przedstawiają własny i 7 innych przypadków tego cierpienia u rzeźników, a 9 u osób innego zajęcia, które jednak miały styczność ze zwierzętami i starają się wykazać, że jest to choroba zakaźna, w wielu razach od ran się poczynająca. W treści pęcherza znaleziono pod drobnowidem i zapomocą hodowli dwoinki, które autorowie uważają za takież same, jak Demme'go.

F. K.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Surowice lecznicze.

Surowica przeciwtrądowa (Dr. Carrasquilla). Od r. 1895 znana, zdobywa coraz większe uznanie, a badania Dra Grünfelda w Rostowie nad Donem — przekonywują o jej skuteczności.

Surowica przeciwjadowi wężów (Serum antivenimeux. Dr. Calmette). Do wyczerpującej pracy Dra Calmettea, umieszczonej) w *Annales de l'Institut Pasteur)* r. 1897. Zeszyt 3. str. 236), na podstawie nowszych doświadczeń dodać można, że w wielkiem niebezpieczeństwie powinno się surowicę tę wstrzykiwać do żyły, a nie podskórnie; działa ona nie tylko przeciw jadowi wężów, lecz także skorpionów, a ratować nią także można wszelkie rodzaje zwierząt domowych.

Surowica przeciwgruźlicza (Prof. Maragliano). Hager używał z dobrym skutkiem surowicy tej w przypadkach wilka. Pędzluje on mianowicie tą surowicą miejsca zajęte 2 razy dziennie przez dni kilka (razem ilość 1 cm.^{3}) i powoduje przez to blednięcie tych miejsc, zanik guzków i obrzęk sąsiednich gruczołów. Po kilko-tygodniowem, względnie kilko-miesięcznem leczeniu powstają małe blizny, a miejsca chore wyglądają, jakby zajęte wypryskiem. Co się tyczy leczenia gruźlicy, to udowodniono, że wstrzyknięcie 1 cm.^{3} tej surowicy uodpornia ustrój przeciw wstrzykniętej tuberkulinie.

Stypticinum. W ostatnich czasach próbował tego środka M. Nassauer i na podstawie wielu przypadków zaleca go przy krwawieniach z powodu zapalenia wewnątrz-macicznego (Endometritis), po usunięciu jednak schorzałej błony śluzowej. Przy mięśniakach, a właściwie krwawieniach z ich powodu, można go podawać naprzemian ze sporyszem (secale corn) i hydrastininum. Przy skłonności do krwawienia (purpura, haemophilia) skutków nie spostrzegano.

Merck wyrabia pastylki, po 5 centygramów leku zawierające:

Rp.: Tablettarum Stypticini quarum una contineat 0.05
Stypticini puri Nr. XX.
S.: 5—6 razy dnia po jednej pastylce.

W płynie zapisuje się:

Rp.: Stypticini 1.0
Aquae Cinnamomi 20.0
MDs.: 4—5 razy dnia 15—20 kropli zażyć z wodą oeukrzoną.

Taka-diastaza. Jest to enzym, wytworzony przez grzybek (Aspergillus oryzae) na duszonym ryżu. J. Tahamine używa jej do słodzenia kukurudzy przy wyrobie Whisky. Jest to proszek biało-żółty, chciwie wodę chłonący, a przemieniający w przeciągu minut 10 w maltozę przeszło 100 razy większą (co do ciężaru) ilość skrobi. Ptyalinę przewyższa tem, że nawet wobec wysokiego stopnia kwasoty działa diastatycznie. Leo używa więc przetworu tego w zaburzeniach trawienia, szczególnie w niedomodze wydzielniczej ślinianek (pierwsze miesiące życia dziecka, cukrzyca, gorączka, marskość nerki, po silnych biegunkach), także w zwiększonej kwasocie (hyperaciditas) treści żołądka. Podaje się 0,1—0,3 grm. podczas obiadu:

Rp.: Taka-Diastasae 0.25
Dent. tal. dos. Nr. X. ad chartas amylac.
S.: podczas obiadu jeden proszek w wodzie rozpuściwszy zażyć.

Najlepiej działa jednak Taka-diastasa w zbytniej kwasocie treści żołądka.

Dr. Żychoń..

(Ciąg dalszy nastąpi).

Mertens *(Wratsch,* 1898) stosował *extractum pini sylvestri,* samo lub z innymi lekami, w niektórych chorobach skórnych *(pruritus, herpes tonsurans, squamosus)* i był z wyników miejscowych zadowolonym, bo przetwór ten szybko usuwał świąd, przekrwienie i nacieki w skórze, nie drażniąc wcale skóry. M. spo-

strzegł jednak pewne działanie na mocz, który przy tem leczeniu był zagęszczony i w mniejszej ilości. *F. K.*

Nowy ortoform, w miejsce dawnego, zalecanego przez Einhorna i Heinza, nie różniąc się prawie w składzie chemicznym, ma tę wyższość nad dawnym, że jest proszkiem bielszym i drobniejszym, cena jest znacznie niższą, a posiada także silne własności znieczulające, użyty nawet w 10—20% zasypkach, bez działania trującego, tak, że go można dłuższy nawet czas i w dużych dawkach, tak zewnętrznie jak wewnętrznie, bezkarnie podawać. *F. K.*

Maście, stosowane w postaci mulów, znajdują w dermatologii dla wygody ich zastosowania coraz większe uznanie. Leistików (*Deut. Praxis* 1898. 10) podnosi ich zalety w działaniu, które polegają na tem, że rozmiękczają warstwę rogową przyskórka, ograniczają wydzielinę płynną skóry, przez co prowadzą do odnowy powierzchownych warstw przyskórka, i usuwają przekrwienia i nacieki, wreszcie usuwają łatwo strupy i łuski ze skóry, chroniąc ją zarazem od szkodliwych wpływów zewnętrznych. Stosuje się je w ten sposób, że na miejsca, przykryte mulem, kładzie się nieco waty lub papieru elastycznego i zawija się opaską. Po 12—24—36 godzinach zdejmuje się mul, ściera resztę oliwą i nakłada się świeży. Na małych więc przestrzeniach i takich miejscach, jak twarz, ręce, lub, gdy chory mimo leczenia nie może przerwać swych zajęć, a kiedy maść przedstawia tak wiele niedogodności, nie można dosyć podnieść dodatnich zalet mulów. Z najpowszechniej używanych wymienić należy mule: cynkowo-siarkowy, cynkowo-rtęciowy (HgO.), karbolowy, cynkowo-ichtyolowy, chrysarobinowy, pyrogallusowy, rtęciowy i t. d. *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 5 stycznia 1899.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 15.

1. Kol. Sołowij okazał preparat mięśniakowłókniaków macicy podśluzowych, wielkości pięści. Guz ten stanowił potężny uklej (polip), opatrzony grubą szypułą. wychodzącą z tylnej ściany macicy. Torebka ukleja uderza swoją kruchością, a preparaty drobnowidowe budzą podejrzenie zwyrodnienia mięsakowego. Chora pozostaje w dalszej obserwacyi.

2. Kol. Sołowij przedstawił chorą, u której rozrosła szyja macicy dozwalała wyczuć twarde nierówności błony śluzowej. Badania drobnowidowe wykazały na preparatach, wziętych z tych miejsc, komórki przybłonkowe, rozsiane do koła gruczołów. Obraz drobnowidowy i twarda (ziarnista) nierówność błony śluzowej przemawiają za całkiem początkowym okresem zwyrodnienia złośliwego. — W dyskusyi zabierali głos koledzy. Bylicki, Mars i Czyżewicz.

3. Kol. Sołowij przedstawił chorą z zmięknieniem kości (osteomalacia), u której znajdują się równocześnie mięśniakowłókniaki macicy wielkości głowy ludzkiej. W dyskusyi, toczącej się około częstości zmięknienia kości (osteomalacia) w Galicyi, wzięli udział koledzy: Mars, Stroynowski, Czyżewicz, Festenburg, Bylicki i Sołowij. Wniosek kol. Marsa, by Towarzystwo ginekologiczne lwowskie zajęło się bliższem zbadaniem sprawy zmięknienia kości (osteomalacia) w Galicyi i żeby w tym celu rozesłało do wszystkich lekarzy w kraju kwestyonaryusze, został przyjętym, a ułożenie ich poruczono kolegom: Marsowi i Festenburgowi.

4. Kol. Sołowij przedstawił chorą z kolosalnym guzem, sięgającym do wyrostka mieczykowatego (największy obwód 108 ctm.).

W poczet członków Towarzystwa ginekologicznego zostali przyjęci koledzy: Mars. Kośmiński, Akermann, Zawadil, Żuławski i Praschil. Wybory na rok 1899 dały następujący wynik: Przewodniczący kol. Czyżewicz, zastępca przewodniczącego kol. Festenburg, sekretarz kol. Sołowij, podskarbi kol. Akermann.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

Posiedzenie z dnia 1 lutego 1899 r.

Przewodniczący: kol Czyżewicz. Obecnych członków 15.

1. Kol. Sołowij okazał kolosalne mięśniakowłókniaki macicy (13—16 kilogr.), wydobyte zapomocą laparotomii u chorej, przedstawionej na poprzedniem posiedzeniu. Mięśniakowłókniaki te były usadowione między blaszkami prawego więzu szerokiego i dały się wyłuszczyć z utrzymaniem macicy. Wyłuszczenie sprawiało bardzo znaczne trudności, przebieg był szczęśliwy.

2. Kol. Sołowij wygłosił wykład: »O błędach i nadużywaniu leczenia operacyjnego chorób niewieścich«. — Wykład ten wywołał żywą dyskusyę, w której wzięli udział koledzy: Bylicki. Mars, Czyżewicz. Skałkowski i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

Posiedzenie z dnia 1 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 11.

Początek posiedzenia wypełniła dyskusya nad sposobem wydawnictwa rocznika Towarzystwa ginekol. lwowskiego i umieszczania krótkich sprawozdań w pismach zawodowych. W tym celu polecono prezydyum przeprowadzenie korespondencyi i porozumienia.

1. Kol. Skałkowski mówił: »O różnych postaciach poronienia« i okazał szereg preparatów jaj poronionych. W dyskusyi wzięli udział koledzy: Mars. Rosner i Sołowij.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

Posiedzenie z dnia 15 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 14, gości 3.

1. Kol. Festenburg okazał preparat ciąży pozamacicznej, mianowicie trąbkę prawą, której ujście brzuszne lejkowato rozszerzone i torebkę, która osłaniała skrzepy krwi (wielkości pięści), nagromadzone w jamie Douglasa. Przebieg po operacyi był pomyślny.

2. Kol. Sołowij mówił: »O postępowaniu przy pęknięciu macicy podczas porodu« z szczegółowem uwzględnieniem przypadku, w którym wykonał wycięcie całkowite pękniętej macicy przez pochwę. W przypadkach pęknięcia macicy niezupełnego radzi sączkować gazą jodoformową; jeżeli pęknięcie macicy zupełne niezbyt jest wielkie, a co najważniejsze, brzegi nieposzarpane, wówczas można próbować zeszyć ranę przez pochwę; we wszystkich innych przypadkach oddaje pierwszeństwo laparotomii. Kol. Skałkowski sądzi, że tylko wtedy należy operować, jeżeli krwotok jest silny, zresztą radzi tamponować. Kolega Czyżewicz oświadcza się także za tamponadą. Kol. Barącz radzi w każdym przypadku robić laparotomię, założyć worek Mikulicza, a prócz tego tamponować pochwę.

3. Kol. Sołowij mówił: »O stosunkach anatomicznych i histologicznych więzów okrągłych macicy«.

4. Kol. Praschil okazał zbiór (przeszło 500) preparatów drobnowidowych, przedstawiających przekroje więzów okrągłych macicy i objaśnił takowe.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W celu pokrycia kosztów, spowodowanych podniesieniem płacy urzędnikom państwowym, zmuszony był rząd uciec się do zwykłego źródła zwiększania swych dochodów i podniósł podatki. Zwiększona stopa podatkowa podrożyła materyalne warunki bytu o tyle, że wystarczająca nieraz dotychczas płaca lub zarobek stały się nie jednej rodzinie za małe do wyżywienia. W wielu działach administracyi autonomicznej, uznając sprawę za ważną i słuszną, podniesiono płacę. O lekarzach jednak, pracujących w zakładach krajowych, nie pomyślano, pomimo powszechnie dziś znanej rzeczy, że dochody z praktyki lekarskiej, wskutek nowoczesnej organizacyi społecznej, bardzo zmalały.

Zupełnie więc uzasadnioną i sprawiedliwą było rzeczą, że prymaryusze krakowskiego szpitala św. Łazarza wzięli inicyatywę i wystósowali petycyę do W. Sejmu, wykazując pokrzywdzenie lekarzy szpitalnych i przedkładając wymownie potrzebę podniesienia niestosunkowo nizkiej płacy.

W myśl wniosku Komisyi budżetowej nie uwzględnił W. Sejm petycyi PP. prymaryuszów, pomimo przekonywujących wywodów poważnych rzeczników tej sprawy i bezgranicznej nikłości argumentów strony przeciwnej, która w dodatku dowiodła zupełnej nieznajomości tej sprawy.

W jak wysokim stopniu pokrzywdzeni są lekarze szpitalni w Galicyi, najlepiej wyjaśniają zestawienia liczbowe, przytoczone w petycyi PP. prymaryuszów, którą w całości podajemy:

„Wysoki Sejmie! C. k. Rząd zaprowadził z dniem 1 października 1898 r. nową regulacyę płac dla wszystkich urzędników państwowych wszelkiej kategoryi, obejmując tem rozporządzeniem oczywiście także urzędników zakładów i instytucyj państwowych lub pod administracyą państwową pozostających, jak szpitale, zakłady humanitarne, specyalne zakłady sanitarne i t. p.

W szczególności szpitale wiedeńskie, jak powszechny szpital, szpitale: „Rudolphstiftung“, „Wieden“, „Franz-Josephspital“, tudzież szpital w Pradze i t. d, lubo utrzymywane funduszem krajowym, administrowane jednak przez państwo (n. p. w Wiedniu przez c. k. Namiestnictwo dolnoaustryackie), mają etat pensyjny ustanowiony na mocy ustawy z dnia 15 kwietnta 1873, regulującej pobory wszystkich urzędników państwowych. I tak co do personalu lekarskiego Dyrektor każdego z powyższych szpitali przydzielony był i jest do rangi VI. z poborami pełnymi tej rangi, prymaryusze zaś do rangi VII. (z poborami rangi VIII., lecz dodatkiem aktywalnym rangi VII.), sekundaryusze zaś pobierają remuneracye w kwocie 700, względnie 600 złr. wal. austr.

Obecnie po regulacyi płac z dniem 1 października 1898 w życie wprowadzonej przedstawiają się płace lekarzy szpitali wiedeńskich i praskich jak następuje:

	Płaca	dodatek aktyw.	pięciolecie
Dyrektor ranga VI. .	3200	800 [1])	400
Prymaryusz ranga VII. płaca rangi VIII. . .	1800	600	300

W mniejszych szpitalach krajowych, gdzie jeszcze nie ma regulacyi płac, ale gdzie takowa niebawem wejdzie w życie, jak n. p. Ołomuńcu, Bernie, Dyrektor pobiera płacę 2800 złr., dodatku aktyw. 175 złr., pięciolecia 300 złr. oprócz mieszkania wolnego, a prymaryusze pobierają płacę 1500 złr., dodatku aktyw. 200 złr., pięciolecia 200 złr. i na mieszkanie 400 złr. W szpitalach zaś krajowych lwowskim i krakowskim pobiera:

	Płaca	dodatek aktyw.	pięciolecie
Dyrektor . .	1600	600 na mieszkanie	400
Prymaryusz .	1200	—	200

Wysoki Wydział krajowy, przewidując, przed ubiegłą sesyą sejmową, że regulacya płac urzędników państwowych w ciągu 1898 r. wejdzie w życie, przedstawił Wysokiemu Sejmowi wniosek uregulowania płac urzędników Wydziału krajowego według rang rządowych, co Wysoki Sejm na ostatniej sesyi uchwalił, ustanawiając dzień 1-go lipca 1898 roku jako termin wejścia w życie nowej regulacyi. Wysoki Wydział krajowy nie raczył objąć regulacyą urzędników zakładów krajowych, którzy wszakże również spełniają funkcye przekazane administracyi krajowej.

Pojmie Wysoki Sejm, iż podpisani prymaryusze czują się tembardziej dotknięci, gdy np. Rada miasta Krakowa, ustanawiając już z dniem 1-go kwietnia 1898 r. regulacyę płac wszystkich urzędników Magistratu ściśle według modły rządowej, między innemi przydzieliła starszego (naczelnego) lekarza miejskiego do VII. rangi, zaś lekarzy miejskich do IX. rangi.

Jakże wobec tego przedstawiają się płace prymaryuszów szpitala lwowskiego i krakowskiego? Są one nieco wyższe od płacy urzędników państwowych rangi X., a uwzględniając tę okoliczność, że prymaryusze nie mają żadnego dodatku aktywalnego, nawet niższe o 140 złr. od płacy urzędników rangi X.

A przecież to różnica między stanowiskiem lekarza miejskiego, podrzędnego pomocniczego urzędnika sanitarnego gminy miasta Krakowa, a stanowiskiem naczelnego lekarza oddziału szpitala krajowego. Wszakżeż prymaryusz, to mąż nauki, wybrany z grona lekarzy najwyżej wykształconych i rutynowanych, lekarz panujący i teoretycznie i praktycznie nad jedną z gałęzi medycyny klinicznej: opinia tak lekarzy, jak szeroka opinia publiczna stawia stanowisko prymaryusza szpitali krajowych w wielkich miastach na równi ze stanowiskiem profesorów klinicznych.

Mimoto płaca jego — a płaca wszakże u wszystkich kolegacyj funkcyonaryuszów była i jest wyrazem rangi, stanowiska, kwalifikacyi, czemu nikt, nawet najzaciętszy wróg rang rządowych nie zaprzeczy — jest niższą, niż lekarza miejskiego.

Niemniej uderza wynik porównania poborów prymaryuszów z poborami lekarzy powiatowych: młodsi lekarze powiatowi są w IX., starsi w VIII., a dwóch inspektorów sanitarnych w VII. randze — obecnie tedy pobory prymaryusza są niższe od płacy młodszego lekarza powiatowego, który pobiera 1400 złr. + 300 dodatku aktywalnego — o 500 złr. Dodajmy, iż lekarzom powiatowym jak i miejskim przypadają oprócz pensyi i pobory za komisye, a wtedy zbyteczne tę rzecz dalej rozpatrywać; cyfry powyższe są zbyt wymowne.

Dlatego podpisani prymaryusze mają zaszczyt upraszać: Wysoki Sejm raczy przyrównać prymaryuszów krajowych szpitali do rangi VII. z poborami atoli rangi VIII. rządowej, zaś dyrektorów do rangi VI. z płacą rangi VI.

Nadto Wysoki Sejm raczy sekundaryuszom I. klasy podnieść dotychczasową remuneracyę w kwocie 600 złr. do wysokości 700 złr., zaś sekundaryuszom II. klasy z 500 złr. na 600 złr.

Kraków w lutym 1899 r.

Prof. Dr. Pareński Stanisław m. p.
Prof. Dr. Zarewicz Aleksander m. p.
Prof. Dr. Trzebitzky Rudolf m. p.
Radca ces. Dr. Krokiewicz Antoni m. p.
Prof. Dr. Żuławski Karol m. p.
Prof. Dr. Wicherkiewicz Bolesław m. p.

[1]) Dla Wiednia — dla Krakowa byłoby 480 i 420 złr.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 30 marca 1899 r.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich z 24 lutego 1899 r. uchwaliło na wniosek Rady zawiadowczej przeznaczyć z funduszu administracyjnego Towarzystwa kwotę 300 złr. na nagrodę konkursową za napisanie najlepszej pracy z dziedziny nauk lekarskich, pozostawiając wybór tematów i stósownie do nich wybór oceniciéli, a postanawiając jedynie, że praca ta ma być oparta na stosunkach krajowych i mieć bezpośrednie znaczenie dla poprawy stosunków zdrowotnych w kraju; dalej, że ubiegać się mogą o nagrodę jedynie członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich lub krakowskiego i tacy, którzy nie dłużej jak 10 lat są lekarzami.

Stósownie do zlecenia Walnego Zgromadzenia uchwaliła Rada zawiadowcza na posiedzeniu z 24 marca b. r. nie ograniczać ściśle tematu, ale podać jako przykład następujące:

Jakie leczenie postępowe może lekarz zastósować w chacie wiejskiej?

O ile są w kraju naszym towarzystwa wstrzemięźliwości rozpowszechnione i co można uczynić, aby skuteczniej zwalczać pijaństwo?

Podręcznik o higienie przemysłowej z uwzględnieniem stosunków krajowych.

Podręcznik do dorywczego badania środków spożywczych w handlach i wyrobniach.

W jaki sposób możnaby najskuteczniej zwalczać szerzenie się gruźlicy w kraju?

To samo co do kiły.

Prace należy nadesłać do końca stycznia r. 1900, do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dr. Gołębiowski, sekretarz. *Dr. Merunowicz*, prezes.

* Grono ostatnich uczniów i asystentów ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wydało książkę ku uczczeniu pamięci nieodżałowanego swego mistrza. Z przedmowy dowiadujemy się, że zmarły profesor zamierzał ugrupować cały dorobek swej chirurgicznej działalności, a zaskoczony przedwczesnym zgonem. zamierzonego dzieła nie dokonał. Przyjaźń i cześć szlachetnych współpracowników ś. p. Obalińskiego choć w części ocaliła tę drogą spuściznę, która przeoblekła się w pięknie i ozdobnie wydaną książkę. Z niewątpliwej wartości naukowej tej publikacyi zda sprawę pióro więcej do tego powołane: z naszej strony pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na »zagrobową siłę« ś. p. Obalińskiego, która jest udziałem tylko ludzi wyższych, oraz na etyczną doniosłość młodych kolegów zmarłego profesora, którzy, nie szczędząc pracy i nakładu, wydali dzieło piękne, szlachetne w pomyśle i wartościowe w treści.

* W. Sejm uchwalił udzielić Komitetowi gospodarczemu IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 1000 złr. zapomogi, płatnych w dwóch ratach, na cele Zjazdu.

* Z nadesłanego Sprawozdania z działalności warszawskiego Tow kolonij letnich dowiadujemy się, że w r. 1898 było członków wszystkich kategoryj 527. Korzystało z pobytu na koloniach 2222 dzieci, 1146 chłopców i 1076 dziewcząt; chrześcian 1620, żydów 602. Dzieci przebyły na koloniach, utrzymywanych kosztem Towarzystwa, dni 59691; na koloniach prywatnych, dni 4473. Średni przyrost na wadze u dziecka, które przebyło na kolonii 4 tygodnie, wyniósł 3,42 funta. Obrót kasowy Towarzystwa był następujący: pozostałość z r. 1897 — 6808 rb.; w r. 1898 wpłynęło 24,078 rb., razem — 30,887 rb.; wydatki wyniosły 23,933 rb.; pozostałość na r. 1899 — 6954 rb. Przeciętny wydatek na 1 dziecko, wysłane na koszt Towarzystwa, wynosił 11 rb. 65 kop. Majątek Towarzystwa wynosił 43,504 rb. Prezesem Towar ystwa jest dr. Markiewicz, wiceprezesem dr. A. Natanson, kontrolerem p. A. Zakrzewski, sekretarzem p. H. Konic.

— Kol. Drowi Gwiazdomorskiemu składam najuprzejmiejsze podziękowanie za ofiarowane Bibliotece Towarzystwa lek. krak. 3 oprawne roczniki *Wiener klinische Wochenschrift.*

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski, bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Z sprawozdania warszawskiego Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej z czynności w roku 1897 i 1898 dowiadujemy się, że liczba zawezwań w roku 1898 wynosiła 4223 razy, co wypada na jeden dzień 11,8. Między osobami, którym pomocy udzielono, było 65,2% mężczyzn, 22,1% kobiet, 12,1% dzieci. Przypadków chirurgicznych naliczono 2717, chorób wewnętrznych — 1083. Rozchód wynosił w roku sprawozdawczym 26,275 rb., przychód 30,132 rb.

* W Królestwie Polskiem szerzy się ospa: w celu zbadania sprawy na miejscu wyjechał, z polecenia księcia Imerytyńskiego, Dr. J. Polak. Dla Towarzystwa higienicznego nadarza się dowód — wprawdzie smutny — jak koniecznem jest zaprowadzenie przez rząd szczepienia obowiązkowego.

* W rozprawie swojej o wszeteczeństwie wogóle, a w szczególności o wszeteczeństwie w Dreźnie, dowodzi dr. Werther, że w rzeczach rozwiązłości obyczajów zaofiarowanie przewyższa potrzebę i popyt. Przyczyny tego złego nie dopatruje autor w braku zasad religijnych, lub w lubieżności, pożądliwości rozkoszy i zarobku bez pracy; według Werthera do domu rozpusty napędza kobietę bieda ekonomiczna i nader nizka zapłata za pracę, niewystarczająca na pokrycie wydatków najskromniejszego życia. »Nędza stała się stręczycielką«.

* Profesorowie R. Koch i Kohlstok zwrócili się do niemieckiego parlamentu z prośbą o założenie w Berlinie instytutu dla higieny międzyzwrotnikowej. Zakład taki istnieje już dla kolonij holenderskich w Weldewreden (koło Batawii). W Londynie organizuje się szkoła dla nauki o chorobach podzwrotnikowych przy szpitalu marynarki w Albert Docks. Według wspomnianych profesorów cel zamierzonego instytutu w Berlinie polegałby na przygotowaniu lekarzy niemieckich do służby w krajach podzwrotnikowych, oraz naukowe zbadanie takich chorób tamtejszych, jak czerwonka, cholera, żółta febra, denge, beriberi, choroby bagienne itd. W instytucie tym mogliby uzupełniać swą wiedzę lekarze, zamierzający poświęcić się służbie na okrętach.

* Jak wiadomo, Francuzi zamierzyli uczcić pomnik em pamięć wynalazców chininy, Pelletiera i Caventou. Austryaccy chemicy i farmaceuci postanowili wybrać ze swego grona komitet, w zamiarze przysporzenia składek na cel wzmiankowany.

* Związek francuskiej prasy lekarskiej postanowił zwołać do Paryża, podczas światowej wystawy w r. 1900, Międzynarodowy Zjazd prasy lekarskiej.

* Parlament niemiecki na posiedzeniu d. 13 b. m. uchwalił wypłacić ekspedycyi, udającej się dla zbadania malaryi, pierwszą ratę, w wysokości 60,000 marek. Ekspedycya, z R. Kochem na czele, odpłynie w kwietniu.

* Zapis niejakiego p. Barona (500.000 M.), przeznaczony na założenie wegeteryańskiego przytułku dla dzieci, odrzucił zarząd miasta Berlina; natomiast przyjęła go rada miejska w Wrocławiu, po przemówieniu profesorów Neissera i Flüggego.

* X-ty Zjazd neurologów i psychiatrów francuskich odbędzie się w Marsylii od 4 do 9 kwietnia. Niemieckie Stowarzyszenie chirurgów odbędzie Zjazd w Berlinie od 5 do 8 kwietnia. XVII-ty Zjazd niemieckich internistów odbędzie się w Karlsbadzie od 11 do 14 kwietnia. Zjazd niemieckich psychiatrów odbędzie się w Halli a. S. w dniach 21 i 22 kwietnia.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Tadeusz Brochocki.

Mianowania i odznaczenia: Posadę lekarza miejskiego w Tarnopolu otrzymał Dr. Włodzimierz Wituszyński.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Michał Szwykowski, lat 41 — w Warszawie. Sir J. Struthers, prof. anatomii w Aberdeen.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 12: Borzymowskiego: Złamania krtani. Sonnenberga: Nowy przyrząd do mięsienia gruczołu krokowego. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 12: Pechkranza Stanisława: Ostre, krwotoczne zapalenie nerek, oraz hemoglobinomocz w następstwie zatrucia pigułkami Cauvina. Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas (c. d.). Męczkowskiego W.: O syryngomyelii (dok.). W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 6): Wisłockiego K.: Przyczynek do nauki o padaczce i jej leczeniu.

Redakcya otrzymała:

— Sprawozdanie z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie r. 1897 i 1898.

— Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. dra Alfreda Obalińskiego przez grono ostatnich jego uczniów i współpracowników. Kraków, 1899.

— Dr. Hołowko A. (Dynaburg): Zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. (Odbitka z *Centralblatt für Gynäkologie* Nr. 10), 1899 rok.

— Kraushar M.: Kilka słów o krzywicy w Warszawie. (Odbitka z *Medycyny*), 1899 r.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne dnia 5 kwietnia, t. j. we środę, w sali Śniadeckich (Collegium novum), o godzinie 6-tej wieczorem, na którem: 1) kol. dr. Rutkowski przedstawi kilka rzadszych przypadków z kliniki chirurgicznej krakowskiej; 2) kol. dr. Maleszewski będzie miał odczyt: „O działaniu wody karlsbadzkiej na krążenie, na podstawie doświadczeń klinicznych“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.